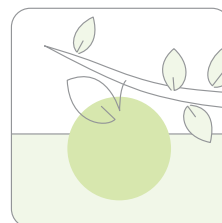
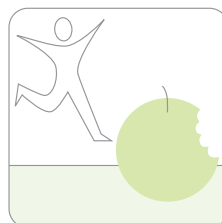


L'alcohol a Europa

Perspectiva de la salut pública





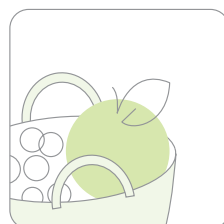
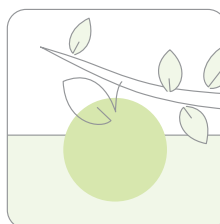
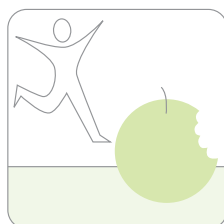
L'alcohol a Europa

Perspectiva de la salut pública

Informe per a la Comissió Europea

Peter Anderson i Ben Baumberg

Institute of Alcohol Studies, Regne Unit
Juny de 2006



Aquest document és la traducció al català de l'informe “Alcohol in Europe”, elaborat per Peter Anderson i Ben Baumberg en nom de l'Institute of Alcohol Studies, Anglaterra.

L'informe “Alcohol in Europe”, va ser redactat de conformitat amb un contracte amb la Comissió Europea [Contracte SI2.378841 – Impacte sanitari, social i econòmic de l'alcohol].¹ D'acord amb aquest contracte, es va recollir informació sobre l'alcohol i la política en matèria d'alcohol a cada país² i es va dur a terme una anàlisi de les perspectives de les diverses parts interessades en la política en matèria d'alcohol.³ A més, durant l'elaboració de l'informe, es van convocar cinc audiències: amb les parts interessades (inclosos la indústria de les begudes alcohòliques i sectors relacionats), el 20 de gener de 2005,⁴ el 30 d'agost de 2005⁵ i el 26 de setembre de 2005;⁶ amb membres del Grup de Treball sobre Alcohol i Salut de la Comissió, el 8 de març de 2005;⁷ i amb organitzacions no governamentals, el 19 de maig de 2005.⁸

Els autors del text són responsables del contingut d'aquest document, que no representa l'opinió de la Comissió Europea. Aquest organisme no es fa responsable dels possibles usos de la informació que conté aquest informe.

Aquest document s'ha de citar de la manera següent: **Anderson, P. i Baumberg, B. (2006) *L'alcohol a Europa*. Londres: Institute of Alcohol Studies.**

¹ <http://ec.europa.eu/comm/health/ph_programme/howtoapply/call_096299_2003.htm>

² <<http://www.eurocare.org/btg/countryreports/index.html>>

³ <<http://www.ias.org.uk>>

⁴ <http://ec.europa.eu/comm/health/ph_determinants/life_style/alcohol/ev_20050120_en.htm>

⁵ <http://ec.europa.eu/comm/health/ph_information/dissemination/ev_20050830_en.htm>

⁶ <http://ec.europa.eu/comm/health/ph_determinants/life_style/alcohol/ev_20050926_en.htm>

⁷ <http://ec.europa.eu/comm/health/ph_determinants/life_style/alcohol/ev_20050307_en.htm>

⁸ <<http://www.eurocare.org/btg/apn/minutes0505.html>>

L'alcohol a Europa. Perspectiva de la salut pública

© de l'obra original: *European Communities*, 2006. ISBN: 92-79-02241-5

© de l'edició en català: Generalitat de Catalunya

Director de l'edició en català:

Joan Colom. Subdirecció General de Drogodependències

Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut.

Revisió científica de l'edició en català:

Anna Lligoña. Unitat d'Alcoholologia. Hospital Clínic de Barcelona

Primera edició en català: maig 2008

Edició: 1.000 exemplars

Traducció: T&S® - Traducciones y Tratamiento de la Documentación, S. L.

Disseny i maquetació: Laura Chaler

Dipòsit legal: B-17826-08

Imprimeix: Treballs Gràfics, S. A.

Índex

	Agraïments	v
	Sobre els autors	vii
	Prefaci	ix
	Resum	11
	Conclusions	23
	Recomanacions	25
1	Introducció	32
	Mètodes, estructures i terminologia de l'informe	34
2	Breu història de l'alcohol a Europa	52
	L'alcohol a la vida quotidiana	53
	El consum d'alcohol durant la Revolució Industrial	54
	Els moviments de masses i l'alcohol	55
	La idea d'addicció	56
	L'alcohol a Europa: passat i present	57
3	L'impacte econòmic de l'alcohol	63
	L'economia de l'alcohol	64
	El cost social de l'alcohol a Europa	78
4	El consum d'alcohol a Europa	95
	El nivell de consum de la població	97
	Maneres de consumir alcohol	108
	L'alcohol i els subgrups poblacionals: classe, gènere i edat	123
	Com s'expliquen les tendències de consum d'alcohol a Europa?	146

5	L'alcohol i les persones	163
	L'alcohol i el benestar social	168
	L'alcohol i el risc d'emmalaltir	176
	L'alcohol i el risc de patir cardiopaties	196
	Hi ha algun nivell de consum d'alcohol exempt de riscos?	201
	Què determina el risc d'emmalaltir relacionat amb l'alcohol?	204
	Reduir el consum d'alcohol millora la salut?	207
6	L'alcohol i Europa	238
	Danys socials	240
	Danys per a la salut	252
	La càrrega de l'alcohol per a Europa	268
	Càrrega de danys i canvis en el consum	274
7	L'efectivitat de les polítiques en matèria d'alcohol	293
	Reducció de la conducció sota els efectes de l'alcohol	297
	Educació, comunicació i conscienciació pública	308
	Regulació del mercat de l'alcohol	316
	Polítiques de reducció de danys en l'entorn de consum	351
	Polítiques que donen suport al consell i al tractament del consum de risc, el consum perjudicial d'alcohol i la dependència de l'alcohol	359
	Relació cost-efectivitat de les diferents opcions de política	364
8	La política en matèria d'alcohol a Europa	415
	La llei mundial del comerç i l'alcohol	416
	El comerç d'alcohol en el mercat intern europeu	420
	L'alcohol com a mercaderia econòmica	428
	La política en matèria d'alcohol més enllà de les fronteres	436
9	La política en matèria d'alcohol als països d'Europa	450
	El context social de les polítiques en matèria d'alcohol	451
	La política en matèria d'alcohol als països d'Europa	454
	Impostos i preus	462
	Comparació entre els països	467
10	Conclusions i recomanacions	476
	Conclusions	476
	Recomanacions	483
	Annex 1. Glossari de termes	503

Agraïments

Aquest informe ha estat elaborat en nom de l'Institute of Alcohol Studies de Londres. Durant el procés d'assessorament, moltes persones han col·laborat en diversos esbossos de l'informe amb les seves revisions, comentaris i contribucions. Estem especialment agraïts a Andrew McNeill, director de l'Institute of Alcohol Studies, i el contractant, que ens ha aconsellat i ens ha donat suport durant el procés d'elaboració de l'informe.

També voldríem donar les gràcies a les persones següents, que han revisat una part o la totalitat de l'informe:

En nom dels autors:

Professor Rob Baggott, lector en Polítiques Públiques, Facultat de Ciències Empresarials i Dret, Universitat De Montfort de Leicester, Anglaterra.

Dr. Adrian Bonner, director del Grup de Comportament Addictiu, Institut de Medicina i Ciències de la Salut de Kent, Universitat de Kent, Canterbury, Anglaterra.

Dr. Jonathan Chick, psiquiatre, Hospital Reial d'Edimburg, Universitat d'Edimburg, Escòcia.

Professor Chris Cook, becari honorari, Universitat de Durham, Anglaterra.

Professora Christine Godfrey, professora d'Economia de la Salut, Centre d'Economia de la Salut, Universitat de York, Anglaterra.

Dra. Marsha Morgan, lectora en Medicina i metgessa especialista honorària, Facultat de Medicina de l'Escola Universitària de Londres, Anglaterra.

Sr. Esa Österberg, investigador en cap, STAKES, Grup de Recerca sobre Alcohol i Drogues, Hèlsinki, Finlàndia.

Professor Brian Prichard, professor emèrit de Farmacologia Clínica, Escola Universitària de Londres, Anglaterra.

Professor Robin Room, professor de Recerca Social sobre Alcohol i Drogues, Universitat d'Estocolm, Suècia.

Dra. Betsy Thom, cap del Centre d'Investigació de Política Social; lectora en Estudis sobre l'alcohol i les drogues, Universitat de Middlesex, Anglaterra.

En nom de la Comissió Europea:

Professor Jürgen Rehm, professor, Ciències de Salut Pública, Universitat de Toronto, Canadà; Institut de Recerca per a la Salut Pública i les Addiccions, Zuric, Suïssa; i Centre d'Addiccions i Salut Mental (CAMH, per les sigles en anglès), Toronto, Canadà.

Dr. Allaman Allamani, Centre Especialitzat en l'Alcohol de l'Entitat Sanitària de Florència, Itàlia.

Dra. Alicia Rodríguez Martos, Agència de Salut Pública, Barcelona, Espanya.

D'altra banda, també volem expressar el nostre agraïment envers les persones que han dedicat una quantitat considerable d'hores del seu temps a proporcionar informació i altres fonts d'ajuda durant l'elaboració de l'informe, inclosos el Dr. Dan Chisholm de l'Organització Mundial de la Salut, el Sr. Dag Rekve de l'Organització Mundial de la Salut i el professor Thor Norström de l'Institut Suec per a la Recerca Social. Donem les gràcies a les persones que van traduir els estudis sobre els costos socials a l'anglès (Johann Damgaard Jensen, de l'Alkoholpolitisk Landsrad, la xarxa danesa de política en matèria d'alcohol, Florence Bertelletti-Kemp, antic membre d'Eurocare, Alojz Nociar del Centre de Seguiment Nacional sobre Drogues del Govern d'Eslovàquia, Rebekka Borsch d'Actis, la xarxa de política en matèria d'alcohol i drogues de Noruega, Janja Sesok de l'Institut de Salut Pública d'Eslovènia, i Johan Jarl de la Universitat de Lund, Suècia). Estem igualment agraïts per les fonts sobre els costos socials i altres dades proporcionades pels membres de la Xarxa de Política en Matèria d'Alcohol, cofinançada per la Comissió Europea i mantinguda per Eurocare.⁹

També volem donar les gràcies a les moltes altres persones que han respost les nostres preguntes amb diligència i ens han facilitat treballs sense publicar, com: Terry Brugha, Jordi Alonso i Giovanni de Girolamo del Projecte ESEMeD; Salme Ahlström, Pia Mäkelä, Kim Bloomfield i Raija Ahtola del Projecte GENACIS; Jonathan Shepherd de l'Escola de Medicina de la Universitat de Gal·les; Geoff Rayner de l'Associació de Salut Pública del Regne Unit; Mike Rayner del Grup de Recerca per a la Promoció de la Salut de la Fundació Cardíaca Britànica; i Pierre Kopp de la Universitat Panthéon-Sorbonne.

Per acabar, expressem el nostre agraïment per al personal de la Comissió, que ens ha proporcionat l'oportunitat d'elaborar aquest informe i ens ha donat suport i encoratjat durant tot el procés: Robert Madelin, John Ryan, Kari Paaso, Maria Renström, Antoni Montserrat i Antonio Doronzo.

Òbviament, la responsabilitat per qualsevol error o omisió de l'informe recau únicament en els autors del text.

Sobre els autors

Dr. Peter Anderson, MD (doctor en medicina), MPH (màster en salut pública), PhD (doctor)

Assessor internacional de salut pública

pdanderson@compuserve.com

El doctor Anderson és un expert internacional en política en matèria d'alcohol i hàbit tabàquic. Va cursar estudis de medicina general i es va especialitzar en salut pública a la Universitat d'Oxford i a l'Escola d'Higiene i Medicina Tropical de Londres, Anglaterra. A la seva tesi doctoral va analitzar els riscos que comporta el consum d'alcohol. Durant vuit anys, entre 1992 i 2000, va treballar com a assessor europeu per a l'Organització Mundial de la Salut en qüestió de política en matèria d'alcohol i tabac i, actualment, exerceix el càrrec d'assessor internacional en projectes finançats per la Comissió Europea, l'Organització Mundial de la Salut i diverses organitzacions governamentals nacionals i regionals de tot el món. Ha obtingut mencions honoràries en salut pública i assistència primària a les Universitats d'Oxford, a Anglaterra, i Nijmegen, als Països Baixos. A més, és assessor de polítiques d'Eurocare, la principal organització no governamental europea per a la política en matèria d'alcohol. És l'editor europeu de la revista *Drug and Alcohol Review*, ha publicat més de 100 articles a revistes científiques internacionals i és l'autor o editor de 16 llibres sobre l'alcohol i el tabac.

Ben Baumberg

Responsable de polítiques i investigació, Institute of Alcohol Studies

bbaumberg@ias.org.uk

Ben Baumberg ha dut a terme recerques sobre temes relacionats amb l'alcohol per a l'Institute of Alcohol Studies des de 2004 i ha parlat d'aquestes qüestions als mitjans de comunicació. Anteriorment, havia treballat en l'àmbit de la política en matèria d'alcohol i altres temes per a diversos Membres del Parlament de Westminster, a Anglaterra. Va estudiar Ciències Socials i Polítiques a la Universitat de Cambridge i, actualment, combina la feina a l'Institute of Alcohol Studies amb els estudis de Política Social i Mètodes de Recerca a l'Escola d'Economia de Londres. Els seus interessos particulars en l'àmbit de l'alcohol inclouen el dret mercantil europeu i internacional, les contribucions econòmiques a la creació de polítiques, la interacció de les tendències socials i els hàbits de consum d'alcohol i els diferencials socioeconòmics del consum d'alcohol i els danys relacionats.

⁹ www.eurocare.org/btg.

Prefaci

El mes de juny de 2001, el Consell de la Unió Europea va remarcar, a les conclusions sobre l'aplicació d'una estratègia comunitària per reduir els problemes relacionats amb l'alcohol, que tant a la definició com a la implementació de totes les polítiques i activitats comunitàries s'hauria de garantir un alt nivell de protecció sanitària per a les persones, i va reconèixer que l'alcohol és un dels determinants principals de la salut a la Comunitat Europea.¹⁰

El Consell va recalcar el seu desig de desenvolupar una estratègia integral comuna que tingui com a objectiu reduir els danys relacionats amb el consum d'alcohol i inclogui, especialment, un sistema de seguiment efectiu del consum d'alcohol, els problemes relacionats amb l'alcohol, les mesures polítiques i els seus efectes a la Comunitat Europea, a més d'una sèrie d'activitats comunitàries coordinades en diversos àmbits, com la recerca, la protecció del consumidor, el transport, la publicitat, el màrqueting, els espònsors, els impostos especials i altres aspectes del mercat intern, respectant en tot moment les competències dels estats membres. El Consell va demanar a la Comissió que presentés propostes per a una estratègia comunitària integral per reduir els problemes relacionats amb l'alcohol, que complementaria les polítiques nacionals, juntament amb una agenda per dur-la a terme.

Aquest informe sobre salut pública en relació amb el consum d'alcohol, sol·licitat i finançat per la Comissió Europea, descriu la càrrega social, sanitària i econòmica que comporta l'alcohol per a les famílies i els ciutadans europeus i per a Europa en conjunt. Aquesta càrrega augmenta la marginació i l'exclusió socials i, alhora, dificulta el procés cap a l'Europa viable, productiva i socialment responsable que preveu l'Estratègia de Lisboa.¹¹

Malgrat que l'informe reconeix que les begudes alcohòliques són productes econòmics importants per a la Unió Europea, també apunta que les malalties, lesions i actes de violència relacionats amb el consum d'aquesta substància comporten uns costos per als sectors de la sanitat, el benestar, l'ocupació i la justícia penal d'uns 125.000 milions d'euros anuals. A més, els danys relacionats amb el consum d'alcohol tenen un impacte negatiu en la competitivitat de les empreses europees, ja que en redueixen la productivitat, i són la causa de la pèrdua d'anys de vida laboral. Els costos que comporta la disminució de la producció per motius relacionats amb l'alcohol arriben als 59.000 milions d'euros. L'informe també esmenta que l'alcohol fomenta de manera significativa les desigualtats sanitàries entre els estats membres i, per tant, comporta el risc de malmetre la cohesió social dins de la Unió Europea.

Com a conclusió, aquest informe demostra que, tot i que s'ha avançat molt pel que fa a la política en matèria d'alcohol als països europeus, encara es pot fer molt més per reduir la càrrega que comporta el consum d'alcohol i fomentar la salut, tant a escala individual com

¹⁰ <http://ec.europa.eu/eur-lex/pri/en/oj/dat/2001/c_175/c_17520010620en00010002.pdf>

¹¹ Estratègia de Lisboa: http://ec.europa.eu/comm/lisbon_strategy/index_en.html.

europea. A més, també remarca que la política en matèria d'alcohol és d'interès públic. No només pertany al sector sanitari, sinó que també afecta altres sectors de la política general, com, entre d'altres, l'agricultura, el sector empresarial, la justícia penal, l'educació, el sector financer, el laboral, el municipal, el transport i el benestar social.

D'aquest informe s'extreu la conclusió que la política en matèria d'alcohol, que és un bé global públic i una part integral de la sanitat i el benestar dels ciutadans europeus, pot millorar la cohesió i el capital socials i fomentar la salut i la seguretat en l'entorn vital i, per tant, contribuir a augmentar la productivitat i el desenvolupament econòmic sostenible a la Unió Europea, d'acord amb els objectius establerts a l'Estratègia de Lisboa.

Resum

Context de l'informe

Quan la Comissió Europea estava preparant la seva pròpia estratègia sobre consum d'alcohol, que englobava tot el ventall d'activitats que es duen a terme a escala europea, va sol·licitar una anàlisi sobre l'impacte sanitari, social i econòmic de l'alcohol a Europa. El resultat és l'informe que presentem a continuació, una síntesi especialitzada de revisions publicades, revisions sistemàtiques, metanàlisis i publicacions individuals, a més d'una anàlisi de la informació proporcionada per la Comissió Europea i l'Organització Mundial de la Salut. L'informe considera que la política en matèria d'alcohol «està al servei dels interessos de la salut pública i el benestar social a causa de l'impacte que exerceix en els determinants socials i de salut». Aquesta política s'inclou en el marc de la salut pública i és un procés per «mobilitzar els recursos locals, estatals, nacionals i internacionals per garantir les condicions necessàries perquè les persones gaudeixin de bona salut». A l'informe es proposa una terminologia estandarditzada, basada en la terminologia de l'Organització Mundial de la Salut, l'agència especialitzada en temes de salut de les Nacions Unides.

Europa i l'alcohol

L'alcohol s'ha consumit i produït a Europa durant milers d'anys, normalment, elaborat a partir dels materials disponibles a cada zona. Sovint, les begudes alcohòliques es feien servir com a medicaments, una pràctica que va continuar fins a principis del segle xx i l'adveniment de la medicina moderna. Tot i que existien lleis sobre l'alcohol, l'objectiu solia ser mantenir l'ordre públic o regular el mercat, i no fomentar la salut pública. No obstant això, a l'Europa medieval i de principis de l'època moderna diversos canvis, com la industrialització, la millora de les xarxes de comunicació i el descobriment de begudes destil·lades amb una graduació superior, van modificar aquest escenari. Durant el segle xix i principis del segle xx, a gran part d'Europa van proliferar els moviments abstencionistes, que, en un principi, s'oposaven al consum de licors però que sovint s'estenien a qualsevol beguda alcohòlica. A la majoria de països, tot i que no pas a tots, aquests moviments de temprança van anar minvant fins a perdre la rellevància a finals del segle xx.

El concepte de la dependència de l'alcohol com a malaltia també va sorgir durant el segle xix, i a molts països europeus es van crear llars o asils per al tractament dels dependents. Durant els últims anys, el *nou moviment de salut pública* s'ha convertit en el paradigma dominant per debatre els problemes relacionats amb l'alcohol i ha permès que el debat sigui més ampli i no se centri exclusivament en un col·lectiu reduït de dependents. Avui dia, a Europa, la gama de consums i significats que es desprenen de l'alcohol és molt variada: des d'acompanyament per als àpats familiars, fins a papers principals als ritus de pas. El consum d'alcohol se sol utilitzar per expressar la formalitat d'un esdeveniment o per marcar la separació entre la feina i l'oci. A més, embriagar-se també és un acte simbòlic, i el *comportament durant l'embriaguesa*, és a dir, com actuen les persones sota els efectes de l'alcohol, varia arreu d'Europa.

L'alcohol i l'economia europea

Europa té un paper fonamental al mercat mundial de l'alcohol. De fet, és la font d'una quarta part de les begudes alcohòliques que es produeixen a tot el món i de més de la meitat de la producció mundial de vi. El comerç d'alcohol encara està més concentrat al continent europeu, que acapara un 70% de les exportacions, mentre que la Unió Europea realitza gairebé la meitat de les importacions mundials. La major part del comerç es duu a terme entre països de la Unió, i aquesta activitat contribueix, aproximadament, amb uns nou mil milions d'euros al balanç de béns de la Unió Europea en conjunt.

Establir el valor del **contraban** d'alcohol a la Unió Europea és una tasca molt complicada, tot i que, segons el Grup Europeu d'Alt Nivell sobre el Fraude (*European High Level Group on Fraud*), s'estima que, l'any 1996, el frau amb begudes alcohòliques va representar la pèrdua de mil cinc-cents milions d'euros. D'altra banda, les diferències de preu tenen un paper molt rellevant amb relació al nivell de **compres legals transfrontereres**, és a dir, la compra legal de begudes alcohòliques a països on són més econòmiques. Com a mínim, un de cada sis turistes porta begudes alcohòliques quan torna de viatge, amb una mitjana de més de dos litres d'alcohol pur per persona a diversos països.

Per a molts països europeus, la indústria de les begudes alcohòliques **té un pes econòmic considerable**. L'any 2001, el total d'impostos de l'alcohol als països de la UE15¹ va ser de 25.000 milions d'euros, sense incloure els impostos de venda i altres gravàmens que s'imputen durant la cadena de subministrament, malgrat que 1.500 milions d'euros retornen a la cadena de subministrament mitjançant la Política Agrària Comuna. A causa de la poca elasticitat de la demanda d'alcohol, la mitjana de càrregues impositives és un indicador molt més precís dels ingressos impositius d'un govern que el nivell de consum del país.

D'altra banda, l'alcohol està vinculat a **diverses professions**, inclosos més de 750.000 llocs de treball a la producció de begudes alcohòliques (principalment vi). A més, a la cadena de subministrament hi ha altres feines associades amb l'alcohol, als bars o a les botigues. Tot i així, la magnitud del sector no és necessàriament un mètode precís per mesurar l'impacte econòmic de les polítiques en matèria d'alcohol. Per exemple, les tendències en el consum d'alcohol no mostren cap correlació directa amb les tendències en el nombre de llocs de treball en àmbits relacionats amb l'alcohol, com hotels, restaurants i bars, fet que suggereix que l'efecte dels canvis en el consum és relativament pobre. A més, la reducció de les despeses en alcohol podria permetre als consumidors destinar els seus ingressos a altres productes, i l'impacte econòmic dependria de la naturalesa exacta de les noves despeses. Malgrat que cal seguir investigant aquest aspecte, la informació disponible sobre la indústria de les begudes alcohòliques i altres sectors suggereix que la reducció del consum no ha de comportar necessàriament la pèrdua de llocs de treball per a l'economia en conjunt.

D'acord amb una revisió dels estudis existents, l'any 2003, el **cost tangible total de l'alcohol** per a la societat de la Unió Europea va ser, aproximadament, de 125.000 milions

d'euros (entre 79.000 i 220.000 milions d'euros), que equivaldrien a l'1,3% del PIB, si fa no fa el mateix cost que comporta el tabac, segons càlculs recents. Els **costos intangibles** representen el valor del dolor, el patiment i les vides perdudes a causa dels danys per a la salut, i els danys socials i delictius que comporta el consum d'alcohol. L'any 2003, aquests costos van arribar fins a uns 270.000 milions d'euros, tot i que amb altres mètodes de mesura el total varia entre 150.000 i 760.000 milions d'euros. Aquestes estimacions tenen en compte diversos àmbits de la vida humana en els quals l'alcohol pot influir, però hi ha d'altres esferes sobre les quals no s'ha pogut obtenir cap estimació per la manca de dades disponibles. De la mateixa manera, malgrat que les estimacions tenen en compte els beneficis de l'alcohol per als sistemes de salut i la pèrdua de vides (valorats de manera intangible), no hi ha estudis suficients per poder avaluar els altres beneficis socials.

El consum d'alcohol a Europa

La Unió Europea és la **regió on més alcohol es consumeix** de tot el món, tot i que els 11 litres d'alcohol pur anuals per persona adulta representen una reducció considerable comparats amb els 15 litres per persona que es registraren a mitjan anys setanta. Durant els últims 40 anys, s'ha identificat certa harmonització del consum a la UE15, amb augments a Europa central i del nord entre els anys seixanta i vuitanta i una reducció constant al sud del continent. El consum mitjà a la UE10² se situa més a prop del de la UE15 que mai, malgrat que dins la UE10 la variació encara és considerable. Tot i que la majoria d'europeus consumeixen alcohol, 55 milions d'adults (15%) són abstemis. Si tenim en compte aquesta xifra i el consum sense registrar, el consum anual per bevedor és de 15 litres anuals.

Poc menys de la meitat de les begudes alcohòliques es consumeixen en forma de **cervesa** (44%), mentre que la resta es divideix entre **vi** (34%) i **licors** (23%). Als països de la UE15 del nord i del centre d'Europa, la beguda alcohòlica que més es consumeix és la cervesa, mentre que, als països del sud d'Europa, la beguda més popular és el vi (tot i que Espanya pot ser una excepció). Aquest fenomen és relativament recent, ja que l'harmonització entre les diverses zones de la UE15 només ha quedat palesa durant els últims quaranta anys. A la majoria de països membres de la UE15, aproximadament un 40% de les **ocasions de consum d'alcohol** es concentren al **sopar**, tot i que, al sud d'Europa, es consumeix més alcohol durant el dinar que en cap altra zona. A més, el nivell de **consum diari** també mostra un gradient nord-sud, i el nivell de **consum freqüent** no diari (és a dir, consumir alcohol diverses vegades per setmana, però no cada dia) és més elevat als països del centre d'Europa, tot i que l'evidència recollida a tota la UE15 mostra una recent harmonització.

El **consum d'alcohol fins a l'embriaguesa** varia segons la regió, amb menys episodis d'embriaguesa al mes entre els europeus del sud. Aquest patró queda atenuat quan s'analitzen les dades sobre els *episodis de consum intensiu* —un patró de consum que supera un nombre determinat de begudes alcohòliques en una sola ocasió— (cinc o més consumicions en una sola ocasió), que suggereixen que hi ha diferències sistemàtiques a l'hora de proporcionar voluntàriament informació sobre els episodis d'intoxicació o la durada

¹ Àustria, Bèlgica, Dinamarca, França, Finlàndia, Alemanya, Grècia, Irlanda, Itàlia, Luxemburg, els Països Baixos, Portugal, Espanya, Suècia i el Regne Unit.

² Xipre, República Txeca, Estònia, Hongria, Letònia, Lituània, Malta, Polònia, Eslovàquia i Eslovènia.

de cada episodi. Els estudis sobre els episodis de consum intensiu també mostren excepcions ocasionals del patró nord-sud, que indiquen, concretament, que Suècia presenta un dels índexs més baixos d'episodis de consum intensiu de la UE15. En conjunt, els adults dels països de la UE15 afirmen haver-se embriagat cinc vegades l'any, però haver experimentat episodis de consum intensiu (cinc o més consumicions en una sola ocasió) 17 vegades l'any. D'acord amb aquestes xifres, 40 milions de ciutadans de la UE15 *consumeixen alcohol de manera excessiva* cada mes, mentre que 100 milions de ciutadans (un de cada tres) experimenten episodis de consum intensiu, com a mínim, un cop al mes. Malgrat que hi ha molta menys informació disponible sobre la UE10, les dades existents indiquen que part del consum de vi se substitueix pel consum de licors, la freqüència de consum és menor i la freqüència d'episodis de consum intensiu és superior que als altres països de la UE.

Mentre que 266 milions d'adults consumeixen fins a 20 g d'alcohol diaris en el cas de les dones, o 40 g d'alcohol diaris en el cas dels homes, més de 58 milions d'adults (15%) beuen per sobre d'aquests nivells, dels quals 20 milions (6%) consumeixen més de 40 g d'alcohol al dia en el cas de les dones, o 60 g d'alcohol al dia en el cas dels homes. Si, en lloc dels nivells de consum, tenim en compte l'addicció, s'estima que, en un any qualsevol, hi ha uns 23 milions d'uropeus (5% dels homes i 1% de les dones) que pateixen **dependència de l'alcohol**.

A totes les cultures **els homes solen consumir més alcohol que les dones**, tant pel que fa a la freqüència com a la quantitat, i la diferència entre ambdós grups augmenta en els comportaments de risc. Malgrat que moltes dones deixen de beure alcohol quan queden embarassades, hi ha un percentatge significatiu (entre un 25% i un 50%) que continua consumint alcohol, i algunes dones no abandonen el consum perjudicial durant aquest període. Els patrons de consum d'alcohol també es poden analitzar segons el **nivell socioeconòmic**. En aquest cas, les persones amb un nivell socioeconòmic baix tenen menys probabilitats de consumir alcohol. Malgrat que, en alguns aspectes del consum, el panorama és complex (algunes formes de mesura mostren tendències oposades en el cas dels homes i les dones), l'embriaguesa i la dependència de l'alcohol són més freqüents entre els consumidors amb un nivell socioeconòmic baix.

Gairebé tots els **estudiants d'entre 15 i 16 anys d'edat** (> 90%) han begut alcohol alguna vegada. La mitjana d'edat en què es consumeix alcohol per primer cop és de 12 anys i mig, i el primer episodi d'embriaguesa és als 14 anys d'edat. La quantitat mitjana d'alcohol ingerit en una sola ocasió pels nois i noies d'entre 15 i 16 anys supera els 60 g, tot i que, al sud d'Europa, no arriba als 40 g. Més d'un de cada vuit adolescents (13%) en aquesta franja d'edat s'han embriagat més de 20 vegades al llarg de la seva vida, i més d'un de cada sis (18%) ha experimentat episodis de consum intensiu (cinc o més consumicions en una sola ocasió) tres o més vegades durant el darrer mes. Tot i que, durant l'any 2003, a dos països es van registrar per primer cop més episodis d'embriaguesa entre les noies que entre els nois amb alguns mètodes de mesurament, els nois continuen consumint més begudes alcohòliques i s'embriaguen amb més freqüència que les noies, amb una lleugera reducció de la diferència absoluta entre ambdós gèneres. A la majoria de països s'identifica un augment dels episodis de consum intensiu en els nois entre els anys 1995/1999 i 2003, una tendència que també és vàlida per a les noies a gairebé tots els països (als països que no s'inclouen a l'estudi ESPAD, el projecte d'investigació sobre l'alcohol i altres drogues

a les escoles europees, s'han registrat resultats similars fent servir altres dades). Aquesta tendència general deixa veure un augment del nombre d'episodis de consum intensiu i d'embriaguesa a la majoria de països de la UE entre els anys 1995 i 1999, seguits d'una tendència molt més ambivalent durant els anys següents (1999-2003).

La influència de l'alcohol en les persones

Malgrat que el consum de begudes alcohòliques proporciona diversos plaers, l'alcohol també incrementa el risc de patir un ampli ventall de **danys socials**, generalment, de manera paral·lela a la dosi, és a dir, que com més alcohol es consumeix, més alt és el risc. Els danys causats pel **consum d'alcohol de tercers** poden incloure des de molèsties veïnals, com l'alteració del descans nocturn, fins a conseqüències més greus, com la violència domèstica, el maltractament infantil, la delinqüència, la violència i l'homicidi. Normalment, com més elevat és el nivell de consum alcohòlic, més greu és el delictes o el greuge. El volum d'alcohol ingerit, la freqüència de consum i la freqüència i el volum dels episodis de consum intensiu augmenten, de manera independent, el risc de participar en actes violents. Tot sovint, però no sempre, els episodis de consum intensiu influeixen en l'impacte del volum de consum sobre el dany.

A part de ser una droga addictiva, l'alcohol és la causa de més de 60 tipus diferents de malalties i afeccions, com lesions, trastorns mentals i conductuals, afeccions gastrointestinals, càncers, malalties cardiovasculars, trastorns immunològics i malalties pulmonars, òssies i musculars, trastorns reproductius i danys prenats, inclòs un risc més elevat de part prematur i baix pes en néixer. Per a la majoria d'afeccions, el risc augmenta amb el consum d'alcohol, de manera paral·lela a la dosi. És a dir, que com més alcohol es consumeix, més elevat és el risc. Però, en alguns casos, com la cardiomiopatia, la síndrome del destret respiratori agut i les lesions musculars, l'alcohol només comporta danys si el consum és elevat i continuat, i fins i tot si es tracta d'un nivell de consum alt, el risc i la gravetat d'aquestes afeccions augmenta de manera paral·lela a la dosi. A més, la freqüència i el volum dels episodis de consum intensiu són factors especialment rellevants pel que fa al risc de patir lesions i determinades malalties cardiovasculars, com malalties cardíques coronàries i apoplexies.

D'altra banda, el consum de petites dosis d'alcohol redueix el risc de patir **malalties cardíacques coronàries**, tot i que la relació exacta entre la reducció del risc i el nivell de consum d'alcohol que permet reduir al màxim aquest risc encara no s'ha determinat. Segons els estudis de més qualitat i que tenen en compte altres factors d'influència, la reducció del risc és menys important i el menor nivell de risc s'aconsegueix amb el nivell de consum alcohòlic més baix. La major part de la reducció del risc es pot aconseguir ingerint una mitjana de 10 g d'alcohol (una beguda alcohòlica) cada dos dies. Si se superen els 20 g d'alcohol (dues begudes alcohòliques) al dia —el nivell de consum de baix risc—, el risc de patir malalties cardíacques coronàries augmenta. Per a les persones d'edat molt avançada, la reducció del risc és menys important. Sembla ser que l'alcohol és la substància que redueix el risc de patir cardiopaties, independentment de la classe de beguda de què es tracti. A més, hi ha evidència que el consum d'alcohol en petites dosis pot reduir el risc de patir demència d'origen vascular, càlculs biliars i diabetis, tot i que aquestes conclusions no són consistents en tots els estudis.

El **risc de mort** per consum d'alcohol es troba a mig camí entre el risc de patir malalties i lesions, que augmenta amb el consum d'alcohol, i el risc de patir cardiopaties (que, majoritàriament, solen patir les persones d'edat avançada), que disminueix amb el consum de petites quantitats d'alcohol. Aquesta relació demostra que, almenys al Regne Unit, el nivell de consum que comporta un risc menor de mort és zero o prop de zero en el cas de dones de menys de 65 anys, i menys de 5 g d'alcohol diaris per a les dones de 65 anys o més. En el cas dels homes, el nivell de consum d'alcohol amb el menor risc de mort és zero per als homes de menys de 35 anys, uns 5 g diaris per als homes de mitjana edat, i menys de 10 g diaris per als homes de 65 anys o més (segurament, el nivell amb menys risc torna a ser zero en el cas dels homes d'edat molt avançada).

Reduir el consum o abstenir-se de consumir alcohol beneficia la salut dels bevedors amb consum de risc i, fins i tot en casos de malalties cròniques, com la cirrosi hepàtica o la depressió, s'associa amb una millora ràpida de la salut.

L'impacte de l'alcohol a Europa

L'alcohol representa una càrrega important per a diversos aspectes de la vida dels europeus, que es poden descriure, en termes genèrics, com a *danys per a la salut i danys socials*. Durant el darrer any, set milions d'adults afirmen haver **participat en una baralla després de consumir alcohol** (basat en una revisió d'alguns estudis nacionals sobre els costos de l'alcohol), i s'estima que, l'any 2003, el cost econòmic dels delictes atribuïbles al consum d'alcohol per a la UE va ser de 33.000 milions d'euros. Aquesta xifra és la suma dels costos derivats de la policia, els jutjats i les presons (15.000 milions d'euros), les despeses per a la prevenció de la delinqüència i l'administració d'assegurances (12.000 milions d'euros) i els danys a la propietat (6.000 milions d'euros). A més, es calcula que els danys a la propietat a causa de la conducció sota els efectes de l'alcohol són de 10.000 milions d'euros, mentre que el cost intangible de les conseqüències físiques i psicològiques dels actes delictius varia entre 9.000 i 37.000 milions d'euros.

Cada any, pateixen dependència de l'alcohol uns 23 milions d'europeus, i s'estima que el dolor i el patiment de les famílies comporta un cost intangible de 68.000 milions d'euros. La magnitud dels danys laborals que comporta l'alcohol és més difícil de calcular, tot i que, en les persones que consumeixen begudes alcohòliques a la UE15, gairebé un 5% dels homes i un 2% de les dones afirmen que l'alcohol influeix negativament en la feina o els estudis que realitzen. Segons una revisió d'estudis nacionals sobre els costos de l'alcohol, s'estima que la pèrdua de productivitat a causa de l'absentisme i l'atur provocats pel consum d'alcohol comporta un cost d'entre 9.000 i 19.000 milions d'euros i 6.000 i 23.000 milions d'euros, respectivament.

Des de la **perspectiva de la salut**, cada any l'alcohol és el responsable d'un 195.000 morts a la UE, tot i que també es calcula que pot retardar la mort de 160.000 persones grans, principalment, mitjançant l'efecte cardioprotector que exerceix en les dones que moren després dels 70 anys d'edat (tot i que, a causa de problemes metodològics, segurament, aquesta xifra sobrevalora el nombre de morts retardades). Una estimació més precisa estableix que l'alcohol és la causa d'un total de 115.000 morts de persones de fins a 70 anys d'edat. Aquesta dada elimina gran part de la possible sobrevaloració de l'efecte

preventiu de l'alcohol. Aquestes xifres fan referència a una situació d'abstinència i, per tant, l'efecte total seria molt més rellevant si s'utilitzés el nivell de consum d'alcohol de baix risc. Per evitar aquest problema, podem mesurar l'impacte de l'alcohol mitjançant els anys de vida ajustats per invalidesa. Tenint en compte aquest factor, l'alcohol és el responsable del 12% de les morts prematures i invalideses entre els homes i del 2% de les morts prematures i invalideses entre les dones, tot i els efectes beneficiosos per a la salut que comporta aquesta substància. Per tant, l'alcohol ocupa la tercera posició entre els 26 factors que causen mala salut a la UE, per davant del sobrepès/obesitat i només darrere de l'hàbit tabàquic i la hipertensió arterial.

L'impacte de l'alcohol en la salut s'observa en una gran varietat d'afeccions, incloses 17.000 morts anuals per accidents de trànsit rodat (un de cada tres de tots els accidents mortals de trànsit rodat), 27.000 morts accidentals, 2.000 homicidis (quatre de cada deu del total d'assassinats i homicidis), 10.000 suïcidis (un de cada sis del total), 45.000 morts de cirrosi hepàtica, 50.000 morts a causa del càncer, de les quals, 11.000 són morts per càncer de mama en la població femenina, i 17.000 morts per afeccions neuropsiquiàtriques, a més de 200.000 episodis de depressió (que representen 2,5 milions d'anys de vida ajustats per invalidesa). Es calcula que el cost del tractament d'aquests problemes de salut és de 17.000 milions d'euros, a més d'uns 5.000 milions d'euros que es destinen al tractament i la prevenció del consum intensiu d'alcohol i la dependència de l'alcohol. La pèrdua de vides es pot tenir en compte com una pèrdua de potencial productiu (36.000 milions d'euros, excloent les ajudes sanitàries) o bé segons el valor intangible de la vida (entre 145.000 i 712.000 milions d'euros després de tenir en compte les ajudes sanitàries).

Les **persones joves** suporten una part desproporcionada d'aquesta càrrega: més d'un 10% de la mortalitat entre les dones joves i prop d'un 25% de la mortalitat entre els homes joves són deguts a l'alcohol. Malgrat que no hi ha gaire informació sobre la magnitud dels danys socials que l'alcohol comporta per als joves, un 6% dels estudiants de la Unió Europea d'entre 15 i 16 anys afirmen haver participat en una baralla després d'haver ingerit alcohol en alguna ocasió, i un 4%, haver mantingut relacions sexuals sense protecció després d'haver begut.

Entre els diversos països d'Europa, l'alcohol té un paper considerable en la menor esperança de vida dels estats membres de la UE10, en comparació amb els països de la UE15. S'estima que la diferència atribuïble a l'alcohol en els índexs bruts de mortalitat arriba a 90 casos per cada 100.000 habitants de gènere masculí, i a 60 casos per cada 100.000 habitants de gènere femení. **En l'àmbit nacional**, moltes de les afeccions que comporten desigualtats de salut estan relacionades amb l'alcohol, tot i que l'afecció en concret pot variar (per exemple, cirrosi a França, o morts violentes a Finlàndia). A més, el fet que hi hagi més problemes de salut a les zones marginades també està relacionat amb el consum d'alcohol. Les investigacions suggereixen que, en aquestes zones, la mortalitat directament atribuïble a l'alcohol és més elevada, més enllà de les diferències que s'expliquen amb les desigualtats individuals.

Molts dels problemes relacionats amb l'alcohol afecten **tercers**. En aquesta categoria s'inclouen 60.000 nadons amb baix pes en néixer, el 16% dels casos de maltractament i abandonament infantils, i entre 5 i 9 milions de nens que viuen amb famílies que pateixen les

conseqüències negatives de l'alcohol. D'altra banda, l'alcohol també influeix en la vida de terceres persones adultes, incloses, aproximadament, 10.000 víctimes d'accidents de trànsit causats per la conducció sota els efectes de l'alcohol, sense comptar els conductors intoxicats. A més, una part considerable dels delictes atribuïbles a l'alcohol perjudiquen tercers. Part dels costos econòmics derivats de l'alcohol, inclosos, aproximadament, 33.000 milions d'euros corresponents als actes delictius, 17.000 milions d'euros per als sistemes d'atenció sanitària i entre 9.000 i 19.000 milions d'euros relatius a l'absentisme, corren a càrrec de tercers o institucions.

Tant els experiments naturals com les anàlisis de sèries temporals deixen palesa la relació entre la càrrega de l'alcohol per a la salut i els **canvis en el consum**. Aquests canvis són més indicatius del comportament de les persones amb un nivell de consum elevat que no pas amb un consum baix (tenint en compte, per exemple, que el 10% de les persones amb un patró de consum elevat representen entre un terç i una meitat del total del consum a la majoria de països), però també indiquen la marcada tendència de les poblacions de modificar els nivells de consum col·lectivament. Per a la població en general, una variació d'un litre en el consum d'alcohol comporta un impacte més elevat als països de la UE15, on el consum per capita és menor (nord d'Europa), però, tot i així, també és significatiu als països del sud del continent, amb relació a la cirrosi, l'homicidi (només homes), els accidents i la mortalitat en general (només homes). Si bé s'ha argumentat que aquesta tendència mostra que als països d'Europa del nord hi ha una cultura de consum «explosiu» d'alcohol, també pot assenyalar que un canvi d'un litre d'alcohol és proporcionalment més rellevant als països del nord d'Europa, on es consumeix menys alcohol. En general, s'estima que un descens d'un litre en el consum de begudes alcohòliques podria reduir la mortalitat masculina un 1% al sud i el centre d'Europa i un 3% al nord d'Europa.

Avaluació de les opcions de política en matèria d'alcohol

Les **polítiques per reduir la conducció sota els efectes de l'alcohol** més efectives inclouen controls d'alcoholèmies sense restriccions (aleatoris), la reducció de la taxa legal d'alcoholèmia, la suspensió del permís de conduir i unes taxes legals d'alcoholèmia més baixes per als conductors joves. L'evidència limitada de què es disposa en aquest camp no demostra l'eficàcia dels programes de conductor designat o els programes de conducció segura. Els dispositius de blocatge d'arrencada del vehicle poden ser efectius com a mesura de prevenció, però com a mesura aplicada als infractors amb alcoholèmia positiva, només són efectius mentre estan instal·lats al vehicle. L'Organització Mundial de la Salut ha calculat l'impacte i els costos d'aplicar controls d'alcoholèmies sense restriccions, comparant-los amb l'absència de controls. En cas de posar a la pràctica aquest tipus de proves, s'estima que, a la Unió Europea, es podrien evitar uns 111.000 anys d'invalidesa i mort prematura, amb un cost estimat de 233 milions d'euros l'any.

La influència de les polítiques que promouen **l'educació, la comunicació, la formació i la conscienciació pública** és minsa. Malgrat que els programes educatius a les escoles poden tenir una gran difusió per l'efecte captivador que provoquen entre el públic escolar, l'impacte d'aquests programes en la població és reduït i, actualment, es consideren mesures poc o gens efectives. Tot i així, hi ha algunes recomanacions per millorar l'efectivitat dels programes educatius a les escoles. D'altra banda, els programes als mitjans de comunicació tenen un

paper fonamental per fomentar la conscienciació social sobre els problemes que comporta el consum d'alcohol i preparar el terreny per a intervencions específiques.

Hi ha una forta evidència de l'efectivitat de les polítiques que **regulen el mercat de les begudes alcohòliques** a l'hora de reduir els danys causats pel consum d'aquesta substància. A més, els impostos de l'alcohol són especialment efectius per reduir el consum dels joves i els problemes relacionats amb l'alcohol a tots els països. Si es fessin servir aquest tipus d'impostos per augmentar un 10% del preu de l'alcohol a la UE15, es podrien evitar més de 9.000 morts durant l'any següent, i, segons els càlculs, es recaptarien uns 13.000 milions d'euros addicionals d'impostos especials. Per contra, l'evidència també demostra que, si l'horari de venda d'alcohol s'allargués, hi hauria més danys per violència. L'Organització Mundial de la Salut ha calculat l'impacte que representaria reduir fins a 24 hores per setmana la disponibilitat d'alcohol als establiments de venda al públic. Si es posés a la pràctica aquesta reducció a la Unió Europea, es podrien evitar 123.000 anys d'invalidesa i mort prematura, amb un cost anual d'implementació estimat en 98 milions d'euros.

També és probable que la restricció del volum i el contingut de les **comunicacions comercials** sobre begudes alcohòliques permeti reduir els danys causats per aquest producte. Els anuncis tenen una influència particular a l'hora de fomentar una actitud més positiva envers el consum d'alcohol en els joves. L'autoregulació de les comunicacions comercials per part de la indústria de les begudes alcohòliques no ha demostrat ser gaire efectiva. L'Organització Mundial de la Salut ha calculat el possible impacte que tindria una prohibició publicitària. Aplicat a la Unió Europea, es podrien evitar uns 202.000 anys d'invalidesa i mort prematura, amb un cost aproximat d'implementació estimat en 95 milions d'euros l'any.

Cada cop hi ha més evidència de la influència de les estratègies que actuen en l'**entorn on es consumeix alcohol** a l'hora de reduir els danys causats per aquesta substància. Aquestes estratègies són útils, sobretot, pel que fa al consum d'alcohol a bars i restaurants, i la seva efectivitat dependrà d'un compliment adequat. Per exemple, aprovar una llei sobre l'edat mínima legal per consumir alcohol no tindrà gaire influència si no s'acompanya d'una amenaça creïble de retirar els permisos als establiments que venguin alcohol a menors repetidament. A més, aquestes estratègies també seran més efectives si es complementen amb programes de prevenció comunitaris.

També hi ha una àmplia evidència que el **consell breu** és molt eficaç per reduir el consum intensiu d'alcohol, especialment quan s'ofereix als centres d'atenció primària. L'Organització Mundial de la Salut ha calculat l'impacte i el cost de proporcionar consell breu a un 25% dels pacients de l'atenció primària que s'incloguin dins de la població de risc. Si s'apliqués aquesta estratègia a la Unió Europea, es podrien evitar uns 408.000 anys d'invalidesa i mort prematura, amb un cost de 740 milions d'euros l'any.

Fent servir els models de l'Organització Mundial de la Salut i comparant-los amb l'absència de polítiques en matèria d'alcohol, s'estima que la implementació d'un **conjunt extens de polítiques i programes exhaustius i efectius a la Unió Europea**, que inclogui controls aleatoris d'alcoholèmies, impostos de l'alcohol, accés restringit a les begudes alcohòliques, prohibicions publicitàries i consell mèdic breu, comportaria un cost estimat per als governs de la UE de 1.300 milions d'euros. Als països de la UE15, aquesta xifra representa, aproxi-

madament, un 1% del total dels costos tangibles que comporta l'alcohol per a la societat, i només un 10% de l'augment estimat dels ingressos de l'erari públic obtingut amb l'increment del 10% del preu de l'alcohol a causa dels impostos. Es calcula que aquest conjunt de mesures podria evitar 1,4 milions d'anys d'invalidesa i mort prematura cada any, aproximadament, un 2% de tots els casos d'invalidesa i mort prematura de la Unió Europea.

Política en matèria d'alcohol mundial i europea

Els **compromisos legals internacionals** més rellevants que afecten la política en matèria d'alcohol són l'Acord General sobre Aranzels Duaners i Comerç (GATT, per les sigles en anglès), referent als béns, i l'Acord General sobre Comerç de Serveis (ACGS). Les actuacions anteriors en aquest àmbit han demostrat que l'Organització Mundial del Comerç (OMC) donarà prioritat a la salut per davant del comerç en determinades circumstàncies (per exemple, en el cas de la prohibició de la importació d'amiant), tot i que aquest tipus de polítiques han de superar una sèrie de proves molt estrictes per mantenir-se vigents.

No obstant això, a la pràctica, la **lleï de comerç de la Unió Europea** és el factor que ha repercutit més en la política en matèria d'alcohol. La majoria de casos relacionats amb l'alcohol deriven de l'aplicació de la normativa fiscal de «tractament nacional», que prohibeix als estats discriminar, directament o indirectament, els productes que provenen de qualsevol altre país de la UE a favor dels béns nacionals. No es permet cap excepció a aquesta normativa per motius sanitaris i, per tant, els països s'han d'adaptar a certes restriccions a l'hora de crear la seva política impositiva. En canvi, el **Tribunal de Justícia Europeu**, cada cop més influent, ha donat suport inequívocament a les prohibicions publicitàries a Catalunya i a França, acceptant que «és innegable que la publicitat incita a consumir».

Els impostos especials estandarditzats és un dels objectius que, durant molt de temps, la UE ha intentat assolir per reduir les distorsions del mercat, atès que les grans diferències entre les càrregues impositives de països propers propicien una gran quantitat de compres a l'estranger. Aquest fenomen comporta la pèrdua de beneficis per al país amb els impostos més elevats, que es veu pressionat per reduir els gravàmens, com ha passat a alguns països nòrdics. La producció de begudes alcohòliques en forma de vi rep 1.500 milions d'euros de suport cada any mitjançant la **Política Agrària Comuna**. La importància econòmica i política d'aquests subsidis i, especialment, els problemes dels productors de vi, dificulten el progrés des de la perspectiva de la sanitat pública.

L'organisme internacional més actiu pel que fa als temes relacionats amb l'alcohol és l'**Organització Mundial de la Salut**. L'oficina europea d'aquesta organització ha emprès diverses iniciatives per reduir els problemes relacionats amb l'alcohol als seus 52 països membres, entre ells, el Marc per a una Política en Matèria d'Alcohol a la Regió Europea, la Carta Europea sobre Alcohol i dues conferències ministerials, que confirmen la necessitat de desenvolupar una política en matèria d'alcohol (ampliada a una política de sanitat pública) sense que interfereixin els interessos comercials o econòmics.

Tot i que la Unió Europea no pot aprovar lleis simplement per protegir la salut humana (els estats membres no han atorgat aquest poder a les institucions europees), algunes polítiques relacionades amb el mercat intern poden incorporar interessos sanitaris substancials, com la

clàusula sobre la publicitat de begudes alcohòliques que inclou la **Directiva Televisió sense Fronteres**. Malgrat tot, l'actuació de la UE en matèria d'alcohol és força condescendent, mitjançant resolucions i recomanacions no vinculants que insten els estats membres perquè actuïn de certa manera.

Política en matèria d'alcohol als estats membres

Tots els països de la Unió Europea disposen d'una sèrie de lleis i altres polítiques que separen l'alcohol dels altres béns que es comercialitzen al seu territori, sovint, per motius de salut pública. Malgrat l'omnipresència de les polítiques en matèria d'alcohol, menys de la meitat dels països de la UE encara no disposen d'un **pla d'acció o un organisme per coordinar les polítiques en matèria d'alcohol**. No obstant això, a la majoria de països hi ha programes enfocats a un dels aspectes de la política en matèria d'alcohol, dels quals els més comuns són els **programes educatius a les escoles**. Tots els països tenen algun tipus de **restricció per a la conducció sota els efectes de l'alcohol** i tots els estats menys el Regne Unit, Irlanda i Luxemburg han adoptat la taxa legal d'alcoholèmia màxima recomanada per la Comissió Europea (0,5 g/l). Tot i així, molts conductors europeus creuen que hi ha molt poques probabilitats de ser identificats i un terç del total creuen que mai no se'ls farà un control d'alcoholèmies en aire expirat, tot i que aquesta proporció és menor als països on es duen a terme controls aleatoris d'alcoholèmies.

A la majoria de països de la UE, les **ventes d'alcohol** solen estar sotmeses a certes restriccions, en general, mitjançant permisos de venda i, en alguns casos, amb monopolis de venda al detall, i els establiments on es pot vendre alcohol solen estar restringits. D'altra banda, més d'un terç dels països (i algunes regions) limiten els **horaris de venda**, i un reduït nombre de països apliquen restriccions en els dies de venda o la densitat dels distribuïdors d'alcohol per al consum fora de l'establiment. La **venda d'alcohol als menors d'edat** està prohibida als bars i pubs de tots els estats membres, tot i que hi ha quatre països on els comerços no disposen de polítiques de venda d'alcohol als menors. L'edat mínima legal per comprar begudes alcohòliques també varia segons el país, tot i que sol ser de 18 anys al nord d'Europa i de 16 als països del sud del continent.

El nivell de control del **màrqueting de l'alcohol** varia segons el tipus d'activitat mercantil. Els anuncis de cervesa a la televisió estan subjectes a restriccions legals (més enllà de les restriccions de contingut) a més de la meitat dels estats membres de la UE, amb prohibicions totals a cinc països, i els anuncis televisius de licors estan prohibits a 14 països. En canvi, la premsa escrita i les tanques publicitàries estan menys regulats: un de cada tres països de la UE (principalment, de la UE10) no tenen cap control. El **patrocini d'esdeveniments esportius** és l'àmbit en el qual hi ha menys restriccions: només set països disposen d'algun tipus de restricció legal.

Els **impostos** de l'alcohol són una altra característica comuna entre els països de la Unió, tot i que els percentatges varien notablement segons el país. Aquest fenomen s'aprecia clarament en el cas del vi, exempt d'impostos a gairebé la meitat dels països europeus, tot i que un de cada cinc països aplica una càrrega impositiva de més de 1.000 euros, ajustat al poder adquisitiu. En general, la fiscalitat efectiva mitjana és més alta als països del nord d'Europa i més baixa als països del sud i parts del centre del continent i d'Europa de l'est. A

més, des de 2004, quatre països han introduït un **impost específic per als *alcopops*** (begudes de disseny), que sembla haver-ne reduït el consum des de la seva aplicació.

Si es combinen els diversos àmbits polítics per configurar una **sola escala** valorativa de 0 a 20 punts, el rigor de les polítiques en matèria d'alcohol varia considerablement, des de 5,5 punts a Grècia fins a 17,7 punts a Noruega, amb una mitjana de 10,8 punts. Les polítiques menys estrictes són les que s'apliquen als països del sud i part del centre i l'est d'Europa, i les més estrictes són les del nord del continent. Tot i així, els resultats no sempre disminueixen de manera homogènia de nord a sud, tal com demostra l'elevat resultat de França. El panorama actual de les polítiques en matèria d'alcohol és molt diferent del que s'observava fa cinquanta anys, amb un nivell global d'aplicació molt més semblant, sobretot a causa de l'augment de les polítiques en matèria d'alcohol a molt països, especialment, en l'àmbit de la conducció sota els efectes de l'alcohol, per al qual tots els països han imposat una taxa legal d'alcoholèmia. Els controls del màrqueting, les edats mínimes legals per comprar alcohol i les estructures públiques per elaborar polítiques en matèria d'alcohol també eren molt més comuns l'any 2005 que el 1950.

Conclusions

L'alcohol i l'economia europea

Conclusió 1

El comerç d'alcohol contribueix amb uns 9.000 milions d'euros al **balanç de béns** de la Unió Europea en conjunt. Aquest comerç no es veu necessàriament afectat per les polítiques europees i estatals per reduir els problemes relacionats amb l'alcohol.

Conclusió 2

Els ingressos derivats de la tributació de l'alcohol són una font important d'ingressos per als governs de la UE (25.000 milions d'euros l'any 2001 als països de l'antiga UE15) i estan més relacionats amb les càrregues impositives que amb el nivell global de consum d'alcohol.

Conclusió 3

Una disminució del consum no comportaria necessàriament la **pèrdua de llocs de treball** per a l'economia en conjunt, com potser tampoc no produiria gran canvis en l'ocupació en alguns **sectors vinculats a l'alcohol**, com els restaurants i els bars.

Els costos socials de l'alcohol

Conclusió 4

Es calcula que els **costos tangibles de l'alcohol** per a la Unió Europea van ser d'uns 125.000 milions d'euros l'any 2003, inclosos 59.000 milions d'euros per la **pèrdua de productivitat** produïda per l'absentisme, l'atur i la pèrdua d'anys de vida laboral per mort prematura.

Conclusió 5

S'estima que els **costos intangibles de l'alcohol** per a la Unió Europea (que descriuen el valor que les persones atribueixen al patiment i les vides perdudes) van arribar als 270.000 milions d'euros l'any 2003.

El consum d'alcohol a Europa

Conclusió 6

Malgrat que les **diferències** entre països pel que fa als nivells i patrons de consum d'alcohol encara són evidents, són menys importants que fa 40 anys i, en molts aspectes relacionats amb el consum d'alcohol, hi ha més similituds entre els països d'arreu d'Europa del que se suposa normalment. Els **episodis de consum intensiu en els adolescents** van augmentar durant la dècada dels noranta a la majoria de països, a la qual cosa ha seguit una tendència variable en els últims anys.

Conclusió 7

L'embriaguesa és una causa important de **lesions** (incloses lesions violentes) a tot Europa, inclòs al sud del continent.

Conclusió 8

El lloc on vivim d'Europa segueix essent un dels determinants principals dels problemes relacionats amb l'alcohol.

L'alcohol i la salut

Conclusió 9
L'alcohol és un determinant de salut responsable del 7,4% de tots els casos d'invalideses i mort prematura a la Unió Europea.
Conclusió 10
L'alcohol causa danys a tercers . A la Unió Europea, cada any es comptabilitzen uns 60.000 nadons amb baix pes en néixer, entre 5 i 9 milions de nens que viuen amb famílies que pateixen les conseqüències negatives de l'alcohol, i 10.000 víctimes mortals per accidents de trànsit causats per la conducció sota els efectes de l'alcohol, sense comptar els conductors intoxicats.
Conclusió 11
L'alcohol provoca desigualtats de salut , tant dins d'un mateix país com entre els diferents estats membres, a més de ser la causa d'unes 90 morts (població masculina) i 60 morts (població femenina) per cada 100.000 habitants als nous països de la UE10, comparat amb els membres de la UE15.

L'alcohol i la política governamental

Conclusió 12
Els governs tenen la responsabilitat d'intervenir en el mercat, de la qual cosa extreuen beneficis . Per exemple, s'estima que un augment del 10% en el preu de l'alcohol a tots els estats membres de l'antiga UE15 permetria recaptar, aproximadament, 13.000 milions d'euros més d'impostos de l'alcohol durant el primer any.
Conclusió 13
Les intervencions educatives , que han demostrat ser poc efectives per reduir els problemes relacionats amb l'alcohol, no són una alternativa a les mesures per regular el mercat de l'alcohol , que produeixen un gran impacte a l'hora de reduir els danys, fins i tot entre els consumidors d'alcohol més joves i amb uns nivells de consum més elevats.

L'alcohol i la política europea

Conclusió 14
Les diferències continuades en la política en matèria d'alcohol als diversos països europeus, com els diversos nivells impositius, minoren la capacitat dels estats per implementar polítiques efectives.
Conclusió 15
En alguns casos, es dictamina la legitimitat de diverses polítiques als estats membres per tal de protegir la salut pública , tal com és el cas de la resolució del Tribunal Europeu, l'any 2004, a favor de la llei de publicitat francesa.

Recomanacions

I. Definició de beguda alcohòlica

Definició de beguda alcohòlica	Actor pertinent
I.1. Les polítiques públiques han de definir el concepte de beguda alcohòlica de manera uniforme a tota la Unió Europea. Un punt de partida podria ser la definició del contingut mínim d'alcohol per a la càrrega impositiva (0,5% d'alcohol per volum).	(I) Inst. eur. ³

II. Creació de la base de l'evidència

Recomanacions per a la recerca	Actor pertinent
II.1. Cal establir i finançar infraestructures europees per dur a terme una recerca mitjançant estudis sobre l'alcohol de col·laboració transfronterera.	(I) Inst. eur. (II) EM/regió ⁴
II.2. Cal crear i finançar infraestructures europees per revisar i difondre els resultats principals de la recerca sobre les polítiques en matèria d'alcohol mitjançant, per exemple, registres i bases de dades. La base de l'evidència s'hauria de transformar en polítiques i pràctiques senzilles d'entendre, basades en una sèrie d'eines i guies pràctiques.	(I) Inst. eur. (II) EM/regió
II.3. Cal establir i finançar programes de recerca sobre l'alcohol a llarg termini i de finançament públic.	(I) Inst. eur. (II) EM/regió
II.4. Cal desenvolupar la capacitat de recerca sobre polítiques relacionades amb l'alcohol mitjançant programes de formació professional.	(I) Inst. eur. (II) EM/regió
Recomanacions per a la informació	Actor pertinent
II.5. Cal establir i finançar un Centre Europeu de Monitorització de l'Alcohol (CEMA), amb entitats equivalents als estats membres.	(I) Inst. eur. (II) EM/regió
II.6. Cal recalcar al Grup de Treball sobre Indicadors de Salut de la UE la importància d'incloure indicadors sobre el consum d'alcohol, els danys que comporta el consum d'aquesta substància i la resposta davant les polítiques i els programes d'alcohol dins la llista d'Indicadors de Salut de la Comunitat Europea.	(I) Inst. eur.

³ Institucions europees.

⁴ Estats membres i regions dels estats membres.

II.7. Cal establir programes de control de l'alcohol per tal de poder comparar i analitzar la informació als diferents països de la UE.	(I) Inst. eur. (II) EM/regió
II.8. Cal establir i mantenir una base de dades europea que inclogui les lleis, les normatives i les polítiques i programes efectius a escala europea, nacional i municipal.	(I) Inst. eur. (II) EM/regió (III) Municipis ⁵

III. Preparació i implementació d'estratègies i plans finançats

Recomanacions per a estratègies i plans d'acció	Actor pertinent
III.1. Cal consolidar un mecanisme i un punt focal europeus per a la política en matèria d'alcohol dins la Comissió Europea, dotat del personal adequat i els recursos financers suficients per supervisar el desenvolupament de les polítiques en matèria d'alcohol europees i la implementació de l'estratègia de la Comissió en matèria d'alcohol.	(I) Inst. eur.
III.2. Cal establir o reforçar, en tots els àmbits d'actuació, i proporcionar el finançament adequat als mecanismes de coordinació i els punts focals de les polítiques en matèria d'alcohol.	(I) Inst. eur. (II) EM/regió (III) Municipis
III.3. Cal crear i implementar plans d'acció sobre l'alcohol amb finalitats, estratègies i objectius clars.	(I) Inst. eur. (II) EM/regió (III) Municipis
III.4. Cal establir un sistema de finançament previsible per a les organitzacions, els programes i els recursos humans involucrats en la reducció dels problemes relacionats amb l'alcohol. A més, cal analitzar la viabilitat i la conveniència de destinar part dels impostos de l'alcohol (impost hipotecat) per finançar les organitzacions i els recursos esmentats.	(I) Inst. eur. (II) EM/regió (III) Municipis
III.5. Cal fomentar el suport a les mesures de política en matèria d'alcohol entre la societat civil i la societat política, mitjançant campanyes i iniciatives de conscienciació.	(I) Inst. eur. (II) EM/regió (III) Municipis
III.6. Cal elaborar informes regulars sobre l'alcohol i posar-los a disposició d'un públic en el sentit més ampli.	(I) Inst. eur. (II) EM/regió (III) Municipis

⁵ Municipis.

IV. Altres polítiques i actuacions i col·laboració transfronterera

Recomanacions per a l'avaluació de l'impacte i l'acció col·lectiva	Actor pertinent
IV.1. Els qui elaboren les polítiques de salut i els consultors han de controlar els riscos inherents al procés de liberalització del mercat i garantir que les qüestions de salut es tinguin en compte a les negociacions comercials, tant a escala europea com a escala mundial.	(I) Inst. eur. (II) EM/regió
IV.2. Cal dur a terme estudis analítics i de viabilitat per determinar el moment òptim per a les actuacions col·lectives de política en matèria d'alcohol, tant a escala europea com a escala mundial, i de quina manera es pot reforçar la cortesia internacional amb relació a les polítiques en matèria d'alcohol.	(I) Inst. eur. (II) EM/regió
IV.3. Cal aportar més recursos per avaluar l'impacte de les polítiques i les activitats de la Comunitat Europea (inclosa la política agrària) en els danys i els costos que es deriven del consum d'alcohol.	(I) Inst. eur.

V. Reducció de la conducció sota els efectes de l'alcohol

Recomanacions sobre alcohol i conducció	Actors pertinents
V.1. Cal establir una taxa legal d'alcoholèmia de 0,5 g/l a tot Europa. Els països que hagin fixat un límit per sota d'aquesta quantitat no han d'augmentar-lo.	(I) Inst. eur. (II) EM/regió
V.2. Cal establir un límit més baix, de 0,2 g/l, per als conductors joves i els conductors de vehicles de servei públic i vehicles amb mercaderies pesades. Els països que hagin fixat un límit per sota d'aquesta quantitat no han d'augmentar-lo.	(I) Inst. eur. (II) EM/regió
V.3. Cal implementar controls d'alcoholèmies sense restriccions a tot Europa, fent servir etilòmetres que segueixin un estàndard equivalent i acordat entre els diversos països.	(I) Inst. eur. (II) EM/regió
V.4. Cal implementar sancions comunes a tot Europa, amb claredat i promptitud, classificades, com a mínim, segons la taxa d'alcoholèmia.	(I) Inst. eur. (II) EM/regió
V.5. Cal implementar, a tot Europa, programes d'educació viària, rehabilitació i tractament vinculats a sancions i basats en guies i protocols consensuats basats en l'evidència.	(I) Inst. eur. (II) EM/regió

V.6. Cal dur a terme una campanya d'àmbit europeu per donar suport a les actuacions per reduir la conducció sota els efectes de l'alcohol.	(I) Inst. eur.
V.7. Abans de finançar i implementar qualsevol altra campanya nova, cal avaluar l'impacte que exerceixen les campanyes actuals de conductor designat en la reducció dels accidents i les víctimes mortals causats per la conducció sota els efectes de l'alcohol.	(I) Inst. eur. (II) EM/regió
V.8. Cal implementar cursos de formació efectius i adequats per al sector de l'hostaleria i les persones que serveixen alcohol per tal de reduir el risc de conduir sota els efectes de l'alcohol.	(III) Municipis
V.9. Cal implementar programes comunitaris integrals d'educació i mobilització, inclosos iniciatives de planificació urbanística i transport públic, per reduir la conducció sota els efectes de l'alcohol.	(III) Municipis

VI. Suport a l'educació, la comunicació, la formació i la conscienciació pública

Recomanacions per a l'educació i la conscienciació social	Actor pertinent
VI.1. Els programes educatius no s'han d'implementar de manera aïllada, com una mesura de la política en matèria d'alcohol o amb l'única finalitat de reduir els problemes relacionats amb l'alcohol, sinó més aviat com una estratègia per fomentar la conscienciació sobre els danys creats per l'alcohol i per preparar el terreny per a les intervencions específiques i els canvis de política.	(I) Inst. eur. (III) Municipis
VI.2. Cal proporcionar finançament per avaluar l'estructura i l'impacte dels programes basats en l'individu més prometedors.	(II) EM/regió (III) Municipis
VI.3. Cal implementar programes educatius extensos, que comencin a la primera infància, per informar els joves sobre les conseqüències del consum d'alcohol per a la salut, la família i la societat i les mesures efectives que es poden emprendre per prevenir o reduir-ne els danys.	(II) EM/regió (III) Municipis
VI.4. Cal avaluar els programes de tipus educatiu importats d'un altre país o una altra cultura al nou entorn abans d'implementar-los de manera generalitzada.	(II) EM/regió (III) Municipis

VI.5. Cal fer servir campanyes als mitjans de comunicació per informar i conscienciar els ciutadans sobre la implementació d'iniciatives polítiques.	(I) Inst. eur. (II) EM/regió (III) Municipis
---	--

VII. Etiquetatge per als consumidors

Recomanacions sobre l'etiquetatge	Actors pertinents
VII.1. Cal que els envasos que continguin begudes alcohòliques portin un missatge d'avís, determinat pels organismes sanitaris, que descrigui els efectes perjudicials de l'alcohol a l'hora de conduir un vehicle o fer servir maquinària i durant l'embaràs, a més d'altres missatges, si escau.	(I) Inst. eur. (II) EM/regió
VII.2. L'embalatge i l'etiquetatge de les begudes alcohòliques no ha de promocionar cap beguda de manera que pugui crear una impressió equivocada sobre les característiques o els efectes per a la salut, ni tampoc no ha d'incitar, directament o indirectament, als menors a consumir.	(I) Inst. eur. (II) EM/regió

VIII. Polítiques que regulen el mercat de l'alcohol

Recomanacions sobre impostos, compres legals transfrontereres i contraban	Actor pertinent
VIII.1. Cal augmentar la càrrega impositiva mínima de totes les begudes alcohòliques d'acord amb la inflació. Com a mínim, aquest impost hauria de ser proporcional al contingut d'alcohol de les begudes i cobrir els costos externs de l'alcohol, determinats per una metodologia consensuada i estandarditzada.	(I) Inst. eur. (II) EM/regió
VIII.2. Els estats membres han de poder fer ús lliurement dels impostos per fer front a problemes específics que puguin sorgir amb begudes alcohòliques concretes, com les que són atraients per a la gent jove.	(II) EM/regió
VIII.3. Cal marcar les begudes alcohòliques per determinar-ne l'origen i el moviment comercial i, d'aquesta manera, poder fer estimacions sobre el volum i el valor del contraban d'alcohol a la UE i entre els països de la UE.	(I) Inst. eur. (II) EM/regió
VIII.4. Els estats membres han de poder limitar lliurement les vendes transfrontereres individuals perquè no disminueixi l'impacte de les seves polítiques impositives.	(I) Inst. eur. (II) EM/regió

Recomanacions sobre l'edat mínima per comprar alcohol i la disponibilitat d'alcohol	Actors pertinents
VIII.5. Cal implementar un sistema mínim de permisos per a la venda de begudes alcohòliques a tot Europa, respectant els sistemes de permisos existents allà on siguin més estrictes.	(I) Inst. eur. (II) EM/regió (III) Municipis
VIII.6. Cal prohibir la venda de begudes alcohòliques a les persones menors de l'edat establerta per la legislació interna o nacional, o bé menors de 18 anys, respectant el límit d'edat més restrictiu.	(II) EM/regió
VIII.7. Cal que les jurisdiccions que regulen els distribuïdors de begudes alcohòliques segons el nombre i la densitat d'establiments, la situació i els horaris i els dies de venda no suavitzin la normativa vigent. En canvi, a les jurisdiccions on no hi hagi aquest tipus de normativa o on s'apliquin normatives molt limitades, caldrà analitzar l'impacte que comportaria introduir-les o reforçar-les.	(II) EM/regió (III) Municipis
VIII.8. Cal implementar una sèrie de sancions, cada cop més rigoroses, als venedors i distribuïdors de begudes alcohòliques, com retirar el permís de venda o tancar l'establiment permanentment o temporalment, per tal de garantir el respecte de les mesures pertinents.	(III) Municipis
Recomanacions per a les comunicacions comercials	Actor pertinent
VIII.9. Cal que les comunicacions comercials s'implementin en igualtat de condicions a tot Europa i es basin en les normatives vigents als estats membres, tendint cada cop més, a llarg termini, a no fer publicitat a la televisió ni al cinema, no patrocinar esdeveniments i limitar els missatges i les imatges publicitàries, que s'han de limitar a la qualitat del producte.	(I) Inst. eur. (II) EM/regió
VIII.10. Cal reforçar el contingut i el volum de l'article 15 de la Directiva Televisió sense Fronteres, i realitzar una anàlisi sobre el seu compliment als estats membres.	(I) Inst. eur. (II) EM/regió
VIII.11. En cas que la indústria de les begudes alcohòliques o el sector del màrqueting hagin adoptat estratègies d'autoregulació, caldrà que un organisme independent d'aquests dos sectors en faci un seguiment i les arbitri.	(I) Inst. eur. (II) EM/regió

IX. Reducció dels danys als entorns de consum

Recomanacions per als entorns de consum	Actors pertinents
IX.1. La planificació urbanística, les estratègies comunitàries, les normatives i restriccions dels permisos, les polítiques de transport i la gestió dels entorns de consum han de permetre reduir els efectes negatius que comporta la intoxicació etílica, especialment per als residents locals.	(III) Municipis
IX.2. Cal implementar la formació efectiva i adequada pel que fa a la indústria hostalera i a les persones que serveixen alcohol, per tal de reduir les conseqüències negatives de la intoxicació etílica i els patrons de consum perjudicial d'alcohol.	(IV) Indústria de les begudes alcohòliques
IX.3. Cal implementar una política adequada i fer respectar les lleis sobre la venda d'alcohol i els permisos de comercialització destinats als establiments amb més probabilitats de comportar danys.	(III) Municipis
IX.4. Cal implementar projectes de mobilització ciutadana i intervenció col·lectiva amb els recursos suficients i que impliquin diversos sectors i socis per crear entorns de consum d'alcohol més segurs i reduir els danys associats amb el consum d'aquesta substància.	(III) Municipis

X. Consells per combatre el consum de risc i perjudicial d'alcohol i la dependència de l'alcohol

Recomanacions per als consells	Actor pertinent
X.1. Cal crear i implementar guies integrades i basades en l'evidència per oferir consell breu sobre el consum de risc i perjudicial d'alcohol a diversos escenaris, amb la finalitat d'harmonitzar a l'alça la qualitat i l'accessibilitat del tractament.	(II) EM/regió (III) Municipis
X.2. Cal crear i implementar programes de formació i suport per oferir consell breu sobre el consum de risc i perjudicial d'alcohol a diversos escenaris, amb la finalitat d'harmonitzar a l'alça els coneixements dels professionals de l'atenció primària.	(II) EM/regió (III) Municipis
X.3. Cal crear i implementar programes de formació i suport per oferir consell breu sobre el consum de risc i perjudicial d'alcohol a diversos escenaris, amb la finalitat d'harmonitzar a l'alça els coneixements dels professionals de l'atenció primària.	(II) EM/regió (III) Municipis

1 Introducció

Quan la Comissió Europea estava preparant la seva pròpia estratègia sobre consum d'alcohol, que englobava tot el ventall d'activitats que es duen a terme a escala europea, va sol·licitar una anàlisi sobre l'impacte sanitari, social i econòmic de l'alcohol a Europa. El resultat és l'informe que presentem a continuació, una síntesi especialitzada de revisions publicades, revisions sistemàtiques, metanàlisis i publicacions individuals, a més d'una anàlisi de la informació proporcionada per la Comissió Europea i l'Organització Mundial de la Salut. L'informe considera que les polítiques relacionades amb l'alcohol «estan al servei dels interessos de la salut pública i el benestar social a causa de l'impacte que exerceixen en els determinants socials i de salut». Aquesta concepció s'inclou en el marc de la salut pública, en un procés per «mobilitzar els recursos locals, estatals, nacionals i internacionals per garantir les condicions necessàries perquè les persones gaudeixin de bona salut». A l'informe es proposa una terminologia estandarditzada, basada en la terminologia de l'Organització Mundial de la Salut, l'agència especialitzada en temes de salut de les Nacions Unides. Per aquest motiu, s'ha evitat emprar termes com «consum inadequat d'alcohol» o «abús d'alcohol», que, a més de ser poc precisos, poden causar confusions.

Introducció

Malgrat que els nivells de consum han anat disminuint (vegeu el capítol 4), la Unió Europea encara és la regió del món on la proporció de consumidors d'alcohol i els nivells de consum d'alcohol per habitant són més elevats (Organització Mundial de la Salut, 2005a), tal com mostra la figura 1.1. Tot i que hi ha parts del continent europeu on es consumeix alcohol amb uns patrons que comporten pocs riscos per a la salut, l'alcohol continua essent un dels factors de risc més importants per als problemes de salut i la mort prematura (vegeu el capítol 6). De fet, l'alcohol és el tercer factor de risc, en ordre d'importància, de mala salut, després de l'hàbit tabàquic i la hipertensió arterial, i per davant del colesterol alt i el sobrepès (Organització Mundial de la Salut, 2002).

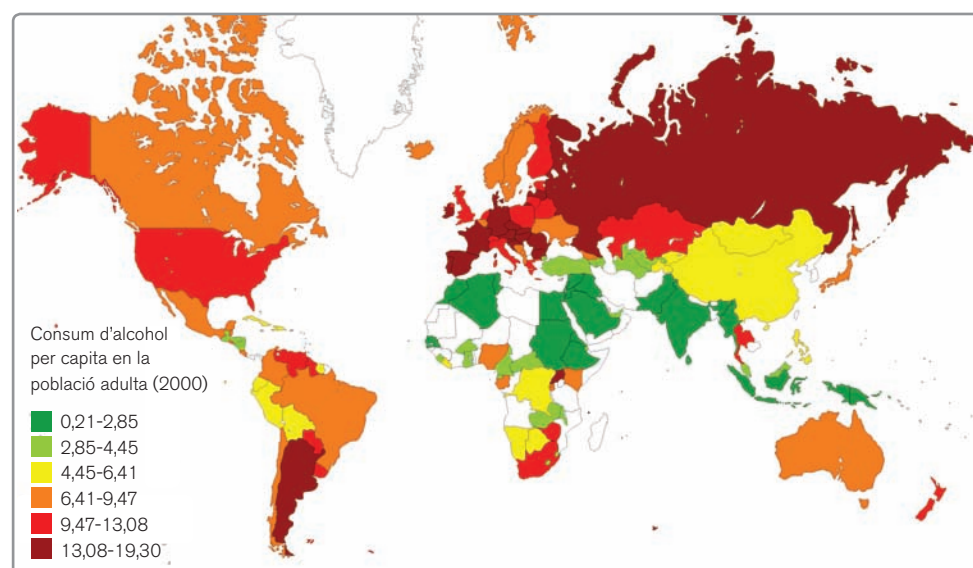


Figura 1.1. Consum mundial d'alcohol per capita en la població adulta, mesurat segons l'alcohol pur ingerit per persona durant un any (les estimacions inclouen el consum sense registrar).
Font: Organització Mundial de la Salut, 2005a.

Des dels anys setanta, amb l'evolució creixent del procés d'integració europea, la resposta als problemes causats per l'alcohol ha anat augmentant i cada cop hi ha més coordinació, tant en l'àmbit científic, com en l'àmbit polític i de la societat civil.

- 1 En l'àmbit científic, la base empírica de la política en matèria d'alcohol la constitueixen tres publicacions principals, copatrocinades per la Regió Europea de l'Organització Mundial de la Salut (Bruun [et al.], 1975; Edwards [et al.], 1994; Babor [et al.], 2003), i complementades per un ampli ventall de documents tècnics contextuais. Com es descriu més detalladament al capítol 8, l'Organització Mundial de la Salut també ha contribuït considerablement al **procés polític**, mitjançant dues conferències ministerials (Anderson, 1996; Organització Mundial de la Salut, 2001), la Carta Europea sobre Alcohol (Organització Mundial de la Salut, 1995), dos plans d'acció europeus sobre l'alcohol (Organització Mundial de la Salut, 1992a; 2000), i un nou Marc per a una Política en Matèria d'Alcohol a la Regió Europea (Organització Mundial de la Salut, 2005b).
- 2 La resposta de la **societat civil** europea davant els problemes relacionats amb l'alcohol va rebre un impuls l'any 1990, amb la creació d'Eurocare,¹ una organització no governamental europea que engloba xarxes i organitzacions de tot Europa. Eurocare, que representa una gran diversitat d'opinions i actituds culturals, es dedica a la prevenció dels problemes relacionats amb l'alcohol, centrant-se especialment en l'impacte que exerceix la Unió Europea sobre la política en matèria d'alcohol dels països membres.
- 3 La **Unió Europea**, amb la Recomanació del Consell del dia 5 de juny de 2001, ha donat suport al procés d'elaboració d'una política en matèria d'alcohol sobre el consum d'alcohol dels joves i, especialment, dels nens i els adolescents,² i també amb les Conclusions del Consell del dia 5 de juny de 2001, sobre la creació d'una estratègia comunitària per reduir els problemes relacionats amb l'alcohol (vegeu el capítol 8).³ Durant el mes de juny de 2004, el Consell va reiterar la importància de la Recomanació i les Conclusions de 2001, i va tornar a demanar a la Comissió que desenvolupés una estratègia⁴ que, al començament de l'any 2006, es trobava en procés d'elaboració.

L'any 2003, la Comissió Europea va sol·licitar un informe i una anàlisi sobre l'impacte sanitari, social i econòmic de l'alcohol (SANCO/G/3/2003/06) que resumís la informació sobre l'alcohol disponible a escala nacional i europea (factors econòmics, problemes sociosanitaris, foment de la salut, prevenció i tractament, polítiques en matèria d'alcohol) i descrigués les opcions per a les actuacions d'àmbit nacional i europeu. El resultat és l'informe que presentem a continuació.

En aquest capítol es descriu el procés d'elaboració de l'informe, s'esbossen els criteris de salut pública en els quals es basa l'informe, es debaten temes relacionats amb la terminologia i es presenten els capítols restants.

¹ <<http://www.eurocare.org>>

² <http://ec.europa.eu/eur-lex/pri/en/oj/dat/2001/L_161/L_16120010616en00380041.pdf>

³ <http://ec.europa.eu/eur-lex/pri/en/oj/dat/2001/c_175/c_17520010620en00010002.pdf>

⁴ <http://ue.eu.int/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/en/lsa/80729.pdf>

Mètodes, estructures i terminologia de l'informe

Mètode d'elaboració de l'informe

Materials que s'han fet servir com a font

Aquest informe no pretén ser un conjunt de metanàlisis o revisions sistemàtiques noves, sinó una síntesi especialitzada de revisions publicades, revisions sistemàtiques, metanàlisis i publicacions individuals. Aquesta revisió de revisions, complementada amb informació obtinguda de publicacions individuals addicionals, representa la base d'evidència principal que s'ha utilitzat per elaborar l'informe. A més, a l'informe també s'inclouen resums d'aquesta evidència, i se citen parts dels treballs més coneguts i rellevants en aquest camp. Per obtenir informació més detallada, els lectors poden consultar la bibliografia.

Per començar, els materials es van obtenir consultant les referències dels textos clau (inclosos, Norström, 2001; Heather, Peters i Stockwell, 2001; Babor [et al.], 2003; Rehm [et al.], 2004; Loxley [et al.], 2004), fent cerques manuals de les publicacions *Addiction*, *Drug and Alcohol Review*, *Alcohol Research and Health* i *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, i visitant les pàgines web de la Comissió Europea, l'Institut Nacional sobre el Consum de Risc i la Dependència de l'Alcohol (*National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, NIAAA), i l'Organització Mundial de la Salut. Partint d'aquestes fonts, es van determinar els temes que s'inclourien a l'informe i, fent cerques de bibliografia a través de les bases de dades PubMed,⁵ MEDLINE⁶ i PsychINFO,⁷ es van obtenir materials addicionals per actualitzar la base de l'evidència.

L'informe respecta les definicions de la medicina basada en l'evidència i les adapta a la política en matèria d'alcohol, cosa que es podria definir com «l'ús conscient, explícit i sensat de la millor evidència actual per proporcionar informació per a la presa de decisions referents a la política en matèria d'alcohol», amb una perspectiva que «fomenti l'agrupació, la interpretació i la integració d'evidències vàlides, importants i pertinents, obtingudes mitjançant la investigació, que es pot fer servir de base per a la política en matèria d'alcohol» (adaptat de Sackett [et al.], 2000). A l'hora d'adoptar una perspectiva basada en l'evidència cal tenir en compte la importància de ser pragmàtics i realistes. Com afirma Gray (Gray, 2001), «l'absència d'evidència excel·lent no impossibilita la presa de decisions basades en l'evidència; és necessari disposar de la millor evidència *disponible*, no de la millor evidència *possible*». Per elaborar aquest informe, es va utilitzar una quantitat considerable de dades rigoroses, tot i que hi ha molts àmbits en els quals és necessari seguir investigant (per a més informació sobre recomanacions per a la investigació, vegeu el capítol 10).

Sempre que ha estat possible, l'informe ha fet ús de publicacions i dades disponibles directament a través de la Comissió Europea, a més dels projectes cofinançats per la mateixa institució, i publicacions produïdes, recolzades o copatrocïnades per l'Organització Mundial de la Salut (vegeu la taula 1.1). D'altra banda, l'informe ha donat un tractament preferencial a

les publicacions dels organismes oficials o les organitzacions governamentals, tant d'Europa com de fora d'Europa. Per exemple, s'han emprat les publicacions de l'Institut Nacional sobre el Consum de Risc i la Dependència de l'Alcohol dels EUA i les anàlisis internes elaborades per a l'estratègia nacional sobre l'alcohol d'Anglaterra i Gal·les.

Informació

La revisió de la bibliografia s'ha complementat amb les dades obtingudes de moltes fonts diferents (esmentades a cada capítol). Entre les fonts d'informació principals s'inclouen els resums sobre polítiques en matèria d'alcohol i les ressenyes sobre l'alcohol de l'Organització Mundial de la Salut (Organització Mundial de la Salut, 2004a; Organització Mundial de la Salut, 2004b). Aquestes ressenyes van ser revisades i actualitzades per membres de la Xarxa de Política en Matèria d'Alcohol, una xarxa cofinançada per la Comissió Europea.⁸ A més, s'ha obtingut informació addicional d'EUROSTAT,⁹ amb el suport de la Unitat d'Informació Sanitària sobre Salut Pública i Avaluació de Riscos de la Direcció General de Sanitat i Protecció dels Consumidors (SANCO).¹⁰ Per a l'elaboració de l'informe, les fonts d'informació s'han classificat jeràrquicament. Per exemple, s'ha donat preferència a les dades procedents d'EUROSTAT davant de la base de dades Salut per a tots de la Regió Europea de l'Organització Mundial de la Salut,¹¹ que ha tingut preferència davant la base de dades Alcohol mundial de l'OMS.

Treballs nous

A més a més, s'han dut a terme alguns treballs addicionals específics per a aquest projecte per calcular els costos socials de l'alcohol per a Europa (Baumberg i Anderson, lliurat).

Limitacions de l'informe

Tot i que els assajos clínics aleatoritzats es consideren una font d'evidència de primera classe, cal tenir en compte que, sovint, no són ni factibles ni possibles per a moltes intervencions de salut pública i que, actualment, no hi ha cap classificació consensuada per als nivells d'evidència específics i adequats per a aquest àmbit. Paral·lelament, hi ha diversos obstacles logístics i ètics que dificulten l'ús d'aquest tipus d'assajos per avaluar la toxicitat de l'alcohol. No obstant això, es poden extreure conclusions vàlides sobre les conseqüències del consum d'alcohol fent servir estudis observacionals ben elaborats i realitzats de manera correcta.

D'altra banda, les conclusions de l'informe poden quedar limitades, atès que fan referència a variacions específiques d'un país o una cultura (com s'explica als capítols 2 i 3), factor que caldrà tenir en compte a l'hora d'implementar la política en matèria d'alcohol. Finalment, cal recordar que l'informe es basa en la millor evidència disponible en el moment de la redacció. Les conclusions que se'n desprenen poden variar segons les diverses interpretacions, ja que la informació obtinguda amb les investigacions s'estén a diversos àmbits.

⁵ <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/>>

⁶ <<http://medline.cos.com/>>

⁷ <<http://www.psycinfo.com/>>

⁸ <<http://www.eurocare.org/btg/countryreports/index.html>>

⁹ <http://epp.eurostat.ec.eu.int/portal/Page?_pageid=1090,30070682,1090_33076576&_dad=portal&_schema=PORTAL>

¹⁰ <http://ec.europa.eu/comm/health/ph_information/information_en.htm>

¹¹ <<http://www.who.dk/hfad>>

A més, l'informe també depèn de la literatura publicada disponible, que no sempre és representativa de tots els països, cultures i grups de població. Tot i que la base bibliogràfica està augmentant a tot Europa (Sánchez-Carbonell [et al.], 2005), la literatura nord-americana i nord- i centreeuropea encara segueix tenint un paper dominant, malgrat que els treballs procedents del sud d'Europa són cada cop més nombrosos. Per aquest motiu, durant l'elaboració de l'informe s'ha preferit una interpretació prudent de la bibliografia. Tot i així, cal recalcar que gran part de l'informe (i, especialment, gran part dels capítols 3, 4, 6 i 9) es basen en informació procedent de tots els estats membres de la Unió Europea.

Taula 1.1. Fonts principals per a l'elaboració de l'informe.

Organització d'on prové la informació	Materials ¹	Capítols on s'han emprat
Comissió Europea	Perfils actualitzats de països proporcionats pels membres de la Xarxa de Política en Matèria d'Alcohol, cofinançada per la Comissió Europea (www.eurocare.org/btg).	4, 6, 9
	Base de dades NewCRONOS d'EUROSTAT.	3, 4, 6, 9
	Estudis de l'Eurobaròmetre.	4
Projectes finançats per la Comissió Europea	Informes de l'Estudi europeu comparatiu sobre l'alcohol (<i>European Comparative Alcohol Study, ECAS</i>) (2001-2002).	Tots
Organització Mundial de la Salut	Estudi comparatiu sobre l'avaluació de riscos, dut a terme dins el projecte Càrrega mundial de morbiditat (<i>Global Burden of Disease</i>).	4, 6
	Projecte Escollir intervencions amb bona relació cost-efectivitat (<i>Choosing Interventions that are Cost-Effective, CHOICE</i>).	7
	Informe sobre la situació mundial de l'alcohol (<i>Global Status Report on Alcohol</i>).	4, 6
	Informe sobre la situació mundial de les polítiques en matèria d'alcohol (<i>Global Status Report on Alcohol Policies</i>).	9
	Base de dades del projecte Salut per a tots (<i>Health for All</i>) (OMS-EURO).	4, 6
	Base de dades Control d'alcohol (<i>Alcohol Control</i>) (OMS-EURO).	9

	Base de dades Alcohol mundial (<i>Global Alcohol</i>) OMS-EURO.	4
Estudis comparatius internacionals	Projecte d'investigació sobre l'alcohol i altres drogues a les escoles europees (<i>European Schools Project on Alcohol and Other Drugs, ESPAD</i>), parcialment finançat pel Consell d'Europa.	4
	Comportament sanitari entre els nens en edat escolar (<i>Health Behaviour in School-aged Children, HBSC</i>) (OMS-EURO).	4
Organització de les Nacions Unides per a l'Alimentació i l'Agricultura	Base de dades de la divisió estadística (FAOSTAT).	3
	Portal d'estadístiques de l'OCDE.	6
OCDE		
Govern del Regne Unit	Unitat estratègica del Primer Ministre: Projecte de reducció dels problemes relacionats amb l'alcohol: Informe analític provisional.	6, 7
Govern dels EUA	Institut Nacional sobre el Consum de Risc i la Dependència de l'Alcohol: 10è informe especial per al Congrés dels EUA sobre l'alcohol i la salut.	5
	Institut Nacional del Consum de Risc d'Alcohol i la Dependència de l'Alcohol: <i>Alcohol Research & Health</i> (publicació).	5, 7
Govern d'Austràlia	Estratègia en matèria de drogues del Consell de Ministres: <i>La prevenció del consum de substàncies, els riscos i els danys que comporten per a Austràlia</i> .	5, 7
Textos científics	<i>Alcohol: No Ordinary Commodity</i> (2003), i els dos volums anteriors, <i>Alcohol Policy and the Public Good</i> (1994) i <i>Alcohol Control Policies in Public Health Perspective</i> (1975) (copatrocïnats per l'OMS-EURO).	4, 7
	<i>International Handbook of Alcohol Problems and All Dependence</i> (Manual internacional sobre problemes relacionats amb l'alcohol i tot tipus de dependències).	Tots

¹ Per a més informació, consulteu cadascun dels capítols.

Perspectiva de la salut pública en la política en matèria d'alcohol

El marc de referència d'aquest informe és la salut pública, definida com «la ciència i l'art de prevenir malalties, prolongar la vida i fomentar la salut mitjançant esforços organitzats de la societat» (Associació Epidemiològica Internacional (Last, 2001, adaptat d'Acheson, 1988), o, expressat de manera similar, «el procés de mobilitzar els recursos locals, regionals, nacionals i internacionals per garantir unes condicions de vida que permetin que les persones gaudeixin de bona salut» (*Oxford Textbook of Public Health*: Detels [et al.], 2002). Aquestes definicions són coherents amb la Declaració Mundial de la Salut de 1998 (Organització Mundial de la Salut, 1988), que afirma que «gaudir de l'estàndard de salut més elevat possible (definit com l'estat de salut de complet benestar físic, mental i social, i no només l'absència de malaltia o infermetat), és un dels drets fonamentals de qualsevol persona».

Des del punt de vista de l'individu, el foment de la salut es pot considerar com «el procés que permet a les persones augmentar el seu control sobre la salut i millorar-la» mitjançant l'elaboració de polítiques de salut pública, creant entorns de suport, reforçant les actuacions comunitàries, desenvolupant habilitats personals, i reorientant els serveis sanitaris (Carta d'Ottawa per a la Promoció de la Salut, Organització Mundial de la Salut, 1986). De manera similar, els criteris fonamentals de la política de salut pública del govern del Regne Unit són que «les persones han de rebre un suport més actiu per prendre decisions més correctes sobre la seva salut i el seu benestar, ja que hi ha certs errors molt estesos i sistemàtics que influeixen les decisions que prenen les persones a l'actualitat. Aquests errors inclouen la manca d'informació completa, la dificultat de tenir en compte els costos socials globals que comporten els comportaments individuals, determinades actituds socials arrelades que propicien que les persones no duguin estils de vida saludables, i les addicions. Tot i que les persones poden fer front a aquests errors individualment, també es poden combatre mitjançant diverses actuacions dels serveis de salut i atenció sanitària, el govern nacional i local, els mitjans de comunicació, les empreses, la societat en general, les famílies i el sector del voluntariat i la comunitat. Pel que fa a l'acció governamental, els instruments principals per impulsar aquest canvi són els impostos, els subsidis, l'oferta de serveis, la regulació i la informació» (Wanless, 2004).

Què vol dir política en matèria d'alcohol?

El terme *política en matèria d'alcohol* es defineix a la tercera sèrie de publicacions sobre polítiques en matèria d'alcohol, copatrocinades per l'Organització Mundial de la Salut (Babor [et al.], 2003). Els autors remarquen que «al primer llibre de les sèries, la definició de polítiques per al control de l'alcohol inclou totes les estratègies rellevants que empren els governs per influenciar la disponibilitat d'alcohol, deixant fora de l'àmbit de la salut pública l'educació sanitària, el canvi d'actitud i el control social informal» (Bruun [et al.], 1975), mentre que el segon llibre de les sèries «proporciona una visió més àmplia de la política en matèria d'alcohol, ja que la considera una resposta dins de l'àmbit de la salut pública propulsada, en part, per preocupacions nacionals i històriques. Malgrat que no hi ha cap definició explícita de la naturalesa de les polítiques en matèria d'alcohol, el significat d'aquest terme es pot deduir de la gran varietat de respostes polítiques que s'hi inclouen: impostos de l'alcohol, controls legislatius sobre la disponibilitat d'alcohol, restriccions en l'edat legal

per comprar alcohol, campanyes d'informació als mitjans de comunicació i educació a les aules, per esmentar-ne algunes» (Edwards [et al.], 1994). El tercer llibre amplia el concepte d'acord amb una visió més evolucionada de la salut pública, tant a escala nacional com a escala internacional. Els autors descriuen les polítiques públiques com «decisiones autoritàries que prenen els governs mitjançant lleis, normes i normatives (Longest, 1998). La paraula *autoritàries* indica que les decisions provenen de les competències legítimes dels legisladors i d'altres funcionaris de grups d'interès públic, i no del sector privat o de grups de suport relacionats». A més, els autors afirmen que «quan les polítiques públiques s'inclouen en l'esfera de les relacions entre l'alcohol, la salut i el benestar social, es consideren polítiques en matèria d'alcohol. Per tant, es considerarà política en matèria d'alcohol qualsevol llei relativa a la conducció sota els efectes de l'alcohol que hagi estat elaborada amb l'objectiu de prevenir els accidents relacionats amb el consum d'alcohol, i no només de sancionar els infractors».

En el context de la política de salut pública (vegeu el paràgraf anterior), això vol dir que la finalitat principal de les polítiques en matèria d'alcohol és «estar al servei dels interessos de la salut pública i el benestar social mitjançant la influència que exerceixen en els determinants socials i de salut, com els patrons de consum d'alcohol, l'entorn de consum de begudes alcohòliques i els serveis sanitaris disponibles per tractar persones amb un consum d'alcohol problemàtic» (Babor [et al.], 2003).

Què vol dir Europa?

Europa pot voler dir coses diferents per a persones diverses. En aquest informe, *Europa* significa els 25 països de la Unió Europea (UE25), tal com mostra la figura 1.2. En alguns casos, aquest concepte es divideix en la **UE15** (Àustria, Bèlgica, Dinamarca, França, Finlàndia, Alemanya, Grècia, Irlanda, Itàlia, Luxemburg, els Països Baixos, Portugal, Espanya, Suècia i el Regne Unit) i la **UE10**, els deu estats membres que van passar a formar part de la Unió Europea l'any 2004 (Xipre, República Txeca, Estònia, Hongria, Letònia, Lituània, Malta, Polònia, Eslovàquia i Eslovènia), simplement per explicar les diferències entre ambdós grups, que poden ser bastant significatives en una Europa en procés d'evolució.

També s'esmenten tres (Bulgària, Romania i Turquia) dels quatre països candidats (el quart és Croàcia), a més de tres (Islàndia, Noruega i Suïssa) dels països de l'Associació Europea de Lliure Comerç¹² (l'altre país és Liechtenstein). Noruega i Islàndia (juntament amb Liechtenstein) també formen part de l'Espai Econòmic Europeu,¹³ que els permet participar al mercat intern de la Unió Europea sense haver de complir totes les responsabilitats dels països membres de la Unió. Cal diferenciar la UE de la Regió Europea de l'Organització Mundial de la Salut, que inclou 52 estats membres.¹⁴

¹² <<http://www.efta.int/>>

¹³ <http://ec.europa.eu/comm/external_relations/eea/>

¹⁴ <<http://www.euro.who.int/AboutWHO/About/MH>>

Al llarg de l'informe, sovint s'inclouen diferents agrupacions de països, algunes més definitives que altres. Tres d'aquestes agrupacions sorgeixen de l'Estudi europeu comparatiu sobre l'alcohol (ECAS), que divideix la UE15 (més Noruega) en tres grups:¹⁵

Central: fa referència als països situats entre el nord i el sud, i no entre l'est i l'oest, és a dir, Àustria, Bèlgica, Dinamarca, Alemanya, Irlanda, els Països Baixos i el Regne Unit. Al contrari que a l'Estudi europeu comparatiu sobre l'alcohol, en aquest informe *Europa central* també inclou Luxemburg i Suïssa (que no s'inclouen al projecte ECAS).

Del nord: inclou Finlàndia, Noruega, Suècia i Islàndia, és a dir, tots els països situats al nord del mar Bàltic. Per tant, en queda exclòs Dinamarca, classificat com a país d'Europa central (vegeu el terme *països nòrdics*, més endavant).

Del sud: fa referència a França, Grècia, Itàlia, Portugal i Espanya. En algunes ocasions, també s'anomenen *països mediterranis*. Si es fa servir Europa del sud en comparació amb Europa de l'Est, també s'inclourà Xipre i Malta, tot i que aquest criteri no és vàlid si es compara amb la UE10.

En aquest informe, aquestes classificacions s'adapten a les diferents qüestions particulars i sovint inclouen o exclouen explícitament països propers fora d'aquestes definicions (per exemple, *Europa central, inclosa la República Txeca*).

A més, a l'informe també s'han emprat tres termes addicionals:

Bàltic: fa referència a Estònia, Letònia i Lituània. En alguns resultats s'esmenta la *regió bàltica*, que inclou altres països que confinen amb el mar Bàltic (normalment, només Finlàndia).

De l'est: sol fer referència als països de la UE10 més Bulgària i Romania i sense incloure Xipre i Malta.

Nòrdic: inclou Dinamarca més els països d'Europa del nord (Finlàndia, Islàndia, Noruega i Suècia).

¹⁵ A l'Estudi europeu comparatiu sobre l'alcohol original, els països es dividien en tres grups: països amb un consum elevat, països amb un consum mitjà i països amb un consum baix. Tot i així, tal com s'indica al capítol 4, aquesta classificació va ser cada cop més problemàtica i, per aquest motiu, s'ha modificat la terminologia.



Figura 1.2. Països de la Unió Europea (groc) l'any 2005 (els noms dels països, facilitats per la Comissió Europea, apareixen en l'idioma original).

Font: http://ec.europa.eu/abc/maps/index_en.htm.

Apunts sobre terminologia¹⁶

Quan es parla de l'alcohol, es fan servir molts termes diferents. Molts d'aquests termes no tenen una definició concreta, d'altres són confosos o, fins i tot, pejoratius. L'Organització Mundial de la Salut, com a agència especialitzada en temes de salut de les Nacions Unides, proporciona una nomenclatura estandarditzada a la seva classificació de trastorns mentals i conductuals, l'ICD-10 (Organització Mundial de la Salut, 1992b) i al recull de termes relacionats amb l'alcohol i les drogues.¹⁷ En aquest informe, s'ha fet servir aquesta terminologia, inclosos els termes següents:

Alcohol: a l'informe, fa referència a *alcohol etílic*, també conegut amb el nom d'*etanol*, el tipus d'alcohol que es troba a les begudes elaborades per al consum humà.

¹⁶ Al final de l'informe s'inclou un glossari de termes elaborat a partir dels glossaris facilitats per l'Organització Mundial de la Salut, la Comissió Europea i l'Associació Epidemiològica Internacional.

¹⁷ <http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/>

Nivells i categories de consum d'alcohol: sempre que és possible, l'informe defineix amb precisió els nivells de consum d'alcohol, fent servir els grams com a mesura. A causa de la densitat relativa d'aquesta substància, 1 ml d'alcohol conté 0,785 g d'alcohol. Quan s'empren termes descriptius com *consum baix* o *consum elevat*, solen anar acompanyats, sempre que és possible, de descripcions quantitatives. A l'informe s'ha evitat utilitzar el terme *unitat de beguda estàndard*, atès que les quantitats d'alcohol varien segons el país i segons el moment. A més, també varien considerablement depenent de la quantitat d'alcohol que s'aboqui al vas. Tot i així, és molt útil tenir algun coneixement sobre la quantitat d'alcohol que s'inclou en una beguda:

- Una pinta (Regne Unit) de cervesa de graduació mitjana (aproximadament, un 5% de concentració d'alcohol) conté uns 23 g d'alcohol.
- Tenint en compte que una ampolla de vi de 750 ml conté sis gots de vi, un got de vi de 13% de concentració d'alcohol conté uns 13 g d'alcohol.
- Una copa de 50 ml de vodka amb un 40% de concentració d'alcohol conté 16 g d'alcohol.

En alguns casos, a l'hora de descriure els resultats de la informació epidemiològica s'han emprat **categories de consum d'alcohol**, la classificació descriptiva preferida per l'Organització Mundial de la Salut (vegeu, per exemple, Rehm [et al.], 2004).

Categoria	Definició (grams d'alcohol al dia)	
	Homes	Dones
Abstinent	0	0
Nivell I	> 0-40 g	> 0-20 g
Nivell II	> 40-60 g	> 20-40 g
Nivell III	> 60 g	> 40 g

Consum d'alcohol de risc: el consum de risc s'ha definit com el nivell o patró de consum d'alcohol que sol causar danys si els hàbits persisteixen (Babor [et al.], 1994). No hi ha cap acord estandarditzat sobre el nivell de consum d'alcohol que s'hauria de considerar consum de risc i, tal com mostren moltes de les afeccions que s'inclouen al capítol 5, qualsevol nivell de consum d'alcohol pot comportar un risc.

Consum perjudicial d'alcohol: el consum perjudicial es defineix com «un patró de consum d'alcohol que perjudica la salut física (com ara la cirrosi hepàtica) o mental (com la depressió derivada del consum d'alcohol) de la persona» (Organització Mundial de la Salut, 1992b).

Intoxicació: afecció que es produeix després de consumir alcohol i que causa trastorns en el nivell de consciència, la cognició, la percepció, l'afecte, el comportament o altres funcions i respostes psicofisiològiques (Organització Mundial de la Salut, 1992b). Els trastorns estan directament relacionats amb els efectes farmacològics aguts de l'alcohol, solen dependre de la dosi ingerida, i afecten diverses funcions de l'organisme. La intoxicació pot comportar lesions inintencionades i conseqüències socials greus, com violència i delinqüència, a més de conseqüències socials a llarg termini (per exemple, si una persona intoxicada provoca intencionadament lesions a una altra persona, pot ser condemnada a una pena de presó). El terme equival al mot **embriaguesa**, d'ús més comú, que es manifesta amb signes com el rubor a la cara, la mala articulació de les paraules, un pas poc estable, l'eufòria, un augment de l'activitat, la volubilitat, el comportament indisciplinat, les reaccions alentides, la disminució del seny, la manca de coordinació motriu, la insensibilitat o l'estupefacció.

Episodi de consum intensiu: consum, en una sola ocasió, d'un mínim de 60 g d'alcohol (Organització Mundial de la Salut, 2004a), tot i que també s'empren altres definicions, com el consum de cinc o més *unitats de beguda estàndards* en una sola ocasió (vegeu el capítol 4). Sovint s'anomena també **binge drinking o consum intensiu**,¹⁸ que és el terme emprat al capítol 4 per descriure el consum d'alcohol i els patrons de consum d'alcohol a Europa. Al capítol 5 s'ha utilitzat el terme *episodi de consum intensiu*, ja que, als estudis epidemiològics sobre individus, cada cop s'utilitza més per descriure la relació entre els diversos patrons de consum d'alcohol i els danys causats per aquesta substància.

Dependència de l'alcohol: la Classificació Internacional de Trastorns Mentals i Conductuals de l'Organització Mundial de la Salut (1992b), l'ICD-10, defineix la dependència de l'alcohol com un conjunt de fenòmens fisiològics, conductuals i cognitius en els quals el consum d'alcohol assumeix una prioritat molt més elevada que d'altres comportaments que en el passat tenien més importància. Una característica fonamental d'aquest fenomen és el desig (sovint fort i a vegades dominant) de beure alcohol. Normalment, tornar a consumir alcohol després d'un període d'abstinència s'associa a la reaparició ràpida de les característiques de la síndrome.

Termes poc precisos que no es recomana emprar

Com s'especifica al vocabulari de l'Organització Mundial de la Salut sobre alcohol i drogues, hi ha diversos termes poc precisos que no s'utilitzen en aquest informe, inclosos:

- **Consum moderat d'alcohol:** s'ha evitat emprar la paraula *moderat* perquè és un terme inexacte per a un patró de consum d'alcohol que, implícitament, es compara amb el consum elevat d'alcohol. Tot i que, normalment, sol significar que el consum d'alcohol no genera problemes (i, per tant, no és un consum *de risc*), és un terme difícil de definir. Una manera millor d'anomenar aquest tipus de consum pot ser *consum de baix risc*.

¹⁸ Segons l'Organització Mundial de la Salut, els episodis de consum intensiu són «un patró de consum elevat d'alcohol que té lloc durant un període de temps prolongat i dedicat a aquest propòsit. Als estudis de població, el període se sol definir com més d'un dia de consum. També s'utilitzen els termes *consum impulsiu* i *consum episòdic*, mentre que *episodi de consum* defineix l'ocasió. Una persona que experimenta episodis de consum concentrat és algú que consumeix alcohol seguint, en la major part, aquest patró i, sovint, intercala períodes d'abstinència. Vegeu http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/.

- **Consum raonable, consum responsable i consum social d'alcohol:** tots aquests termes són impossibles de definir i depenen de valors socials, culturals i ètics que poden presentar grans diferències segons el país, la cultura i l'època de què es tracti.
- **Consum excessiu d'alcohol:** actualment, no es considera el millor terme per definir un patró de consum que excedeix el nivell estàndard del consum baix. Es prefereix l'ús del terme *consum de risc*.
- **Alcoholisme:** és un terme que s'ha utilitzat durant molt de temps i que té un significat variable. Normalment, es fa servir per referir-se al consum continu crònic o al consum periòdic d'alcohol, que es caracteritzen per la manca de control del consum, episodis freqüents d'intoxicació i l'obsessió pel consum d'alcohol, malgrat les conseqüències negatives que comporta. A causa de la seva inexactitud, aquest terme va ser desaprobat per un comitè d'experts de l'Organització Mundial de la Salut, que va preferir l'expressió més limitada de *síndrome de dependència de l'alcohol* com un dels diversos problemes relacionats amb l'alcohol (Edwards i Gross, 1976; Organització Mundial de la Salut, 1980), i no s'inclou com a entitat diagnòstica a l'ICD-10. Es prefereix el terme *dependència de l'alcohol*.
- **Abús d'alcohol:** l'ús d'aquest terme està molt estès però el seu significat és variable. Malgrat que s'inclou a la classificació del Manual Estadístic i Diagnòstic de Trastorns Mentals (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) de l'Associació Psiquiàtrica Americana (1994), s'hauria de considerar una categoria residual i emprar el terme *dependència* quan escaigui. En algunes ocasions, aquest terme s'utilitza amb desaprovació per fer referència a qualsevol tipus de consum, especialment el consum de drogues il·legals. A causa de la seva ambigüitat, no s'utilitza a la classificació ICD-10. Els termes equivalents són *consum perjudicial* i *consum de risc*.
- **Consum inadequat d'alcohol:** aquest terme descriu el consum d'alcohol amb un propòsit que difereix de les pautes legals o mèdiques, com el consum de medicaments amb recepta mèdica amb finalitats diverses a les mèdiques. Tot i que alguns experts prefereixen fer servir *consum inadequat d'alcohol* abans que *abús d'alcohol* perquè el consideren menys crític, també és un terme ambigu. El terme equivalent és *consum de risc*.

A vegades, els termes *consum inadequat* i *abús* es fan servir per expressar la idea que el problema de l'alcohol és un fenomen marginal, o que hi ha una clara dicotomia entre *consum* i *consum inadequat*. No obstant això, tal com demostren les dades que es presenten en aquest informe, els problemes relacionats amb l'alcohol no són un fenomen marginal i les corbes de risc que descriuen la relació entre el consum d'alcohol i els danys causats no s'expliquen amb simples dicotomies entre consum inadequat i consum sense risc (vegeu McNeill, 2004). Per tant, en aquest informe s'empra el terme *problemes relacionats amb l'alcohol* en lloc de *consum inadequat* o *abús* (vegeu Organització Mundial de la Salut, 1992a).

El procés de revisió

Tot i que, generalment, els informes en matèria de salut de la Comissió Europea¹⁹ (entre els quals s'inclou aquest informe) no se sotmeten a un procés de revisió, aquest informe sí que s'ha analitzat de manera exhaustiva. Durant l'elaboració de l'informe, els projectes van ser revisats pels assessors científics de l'Institute of Alcohol Studies i per tres assessors externs. A més, l'informe també va ser revisat per quatre especialistes externs escollits per la Comissió Europea (a l'apartat d'«Agraïments» s'inclou més informació sobre els noms dels especialistes).

A més a més, durant l'elaboració del document, es van convocar cinc audiències: amb les parts interessades (inclosos la indústria de les begudes alcohòliques i sectors relacionats), el 20 de gener de 2005,²⁰ el 30 d'agost de 2005²¹ i el 26 de setembre de 2005;²² amb membres del Grup de Treball sobre Alcohol i Salut de la Comissió, el 8 de març de 2005;²³ i amb organitzacions no governamentals, el 19 de maig de 2005.²⁴

Base de dades dels perfils nacionals

Com a preparació per a l'informe, es va elaborar una base de dades, en contínua expansió, amb els perfils nacionals en l'àmbit de l'alcohol i la política en matèria d'alcohol.²⁵ En aquesta base de dades s'inclouen quatre elements: els perfils sobre l'alcohol de l'Organització Mundial de la Salut (2004a), comprovats i actualitzats; els resums de política en matèria d'alcohol de l'Organització Mundial de la Salut (2004b), comprovats i actualitzats; una revisió (o preparació en cas que no hi hagués informes previs disponibles) dels informes del projecte ECAS sobre cada país (Österberg i Karlsson, 2002); i una llista de les infraestructures disponibles per a la política en matèria d'alcohol,²⁶ tots ells assumits pels membres de la Xarxa de Política en Matèria d'Alcohol del projecte Reduir les desigualtats (*Bridging the gap*).²⁷ Una de les constatacions clau d'aquesta activitat va ser que arribar a un acord absolut, en l'àmbit nacional, sobre les dades utilitzades no és una tasca senzilla, i que aquest problema s'agreuja si es tenen en compte les diferents responsabilitats jurisdiccionals de cada país, com les regions i els municipis. En el moment de la publicació d'aquest informe, encara hi havia diferències entre les dades emprades per l'Organització Mundial de la Salut i la informació disponible als països inclosos a l'informe, que no es van poder resoldre.²⁸

¹⁹ <http://ec.europa.eu/comm/health/ph_information/reporting/full_listing_reporting_en.htm>

²⁰ <http://ec.europa.eu/comm/health/ph_determinants/life_style/alcohol/ev_20050120_en.htm>

²¹ <http://ec.europa.eu/comm/health/ph_information/dissemination/ev_20050830_en.htm>

²² <http://ec.europa.eu/comm/health/ph_determinants/life_style/alcohol/ev_20050926_en.htm>

²³ <http://ec.europa.eu/comm/health/ph_determinants/life_style/alcohol/ev_20050307_en.htm>

²⁴ <<http://www.eurocare.org/btg/apn/minutes0505.html>>

²⁵ <<http://www.eurocare.org/btg/countryreports/index.html>>

²⁶ <<http://www.hp-source.net/dataoutput.html?module=btg>>

²⁷ <<http://www.eurocare.org/btg>>

²⁸ Per exemple, durant la impressió del document, l'Institut Estonià de Recerca Econòmica va proporcionar informació sobre el consum d'alcohol registrat i sense registrar, ajustat segons les compres del turisme, que diferia de les dades sobre Estònia que es van incloure a la figura 4.2 i es van utilitzar per a aquest informe.

Opinions de les parts interessades sobre la política en matèria d'alcohol

Durant l'elaboració de l'informe, es va facilitar un qüestionari a les parts interessades: els homòlegs del Grup de Treball sobre Alcohol i Salut de la Comissió Europea a cada país (en la majoria de casos, funcionaris del govern), les organitzacions no governamentals nacionals i europees compromeses amb la política en matèria d'alcohol, i els organismes representatius de la indústria de les begudes alcohòliques, que són parts interessades del Grup de Treball sobre Alcohol i Salut de la Comissió Europea (Anderson i Baumberg, 2005). El qüestionari va permetre obtenir diverses visions sobre la influència i la importància de diverses mesures de la política en matèria d'alcohol, sobre les estimacions de la implementació del Pla d'acció europeu sobre l'alcohol de l'Organització Mundial de la Salut (2000-2005) i sobre les Recomanacions del Consell de 2001 pel que fa al consum d'alcohol en els joves, a més de proporcionar informació sobre els avenços i les barreres que es perceben, a escala nacional i europea, envers la política en matèria d'alcohol.

Segons aquest qüestionari, les opinions dels representants de la indústria de les begudes alcohòliques se solen allunyar de les opinions dels representants de les organitzacions governamentals i no governamentals, que tenen punts de vista més similars. La indústria de les begudes alcohòliques considera que les mesures regulatòries, com les mesures impositives i les mesures que influeixen el preu de l'alcohol, i les restriccions de la disponibilitat de l'alcohol i de la publicitat de begudes alcohòliques, tenen un impacte reduït en la població i poca importància política, tal com s'aprecia a la taula 1.2, i s'inclina per les mesures educatives. Tots tres grups tenen una opinió similar i positiva de la influència i la importància d'implementar mesures i intervencions per combatre el consum de risc i perjudicial d'alcohol.

En general, la indústria de les begudes alcohòliques valora més positivament la implementació correcta del Pla d'acció europeu sobre l'alcohol de l'Organització Mundial de la Salut i de les Recomanacions del Consell sobre el consum d'alcohol en els joves. Aquest sector atorga una puntuació mitjana de 6,1 i 5,9, respectivament, a cada iniciativa, d'una escala d'11 punts on el zero significa *gens de confiança* i el 10, *confiança absoluta*. En canvi, les organitzacions governamentals concedeixen una puntuació mitjana de 5,0 i 4,6, respectivament, xifres més favorables que les que es registren en el cas de les organitzacions no governamentals, amb una puntuació mitjana de 3,7 i 3,3, respectivament. Cal tenir en compte, però, que aquests resultats es deuen al fet que la indústria de les begudes alcohòliques concedeix puntuacions molt elevades a les tasques de la seva competència.

Taula 1.2: Resultats de tres factors (mitjana (error estàndard de la mitjana)) pel que fa a l'impacte i la importància d'una política per reduir els problemes relacionats amb l'alcohol fent servir una escala de puntuació del 0 (cap impacte o impacte sense importància) al 10 (molt impacte i molt important). Les xifres principals representen les mitjanes i les xifres entre claudàtors mostren l'error estàndard de la mitjana.

	Impacte de la política				Importància de la política			
	ONG ¹	OG ²	SBA ³	ANOVA ⁴	ONG ¹	OG ²	SBA ³	ANOVA ⁴
Factor 1 (regulacions)	7,4 (0,31)	7,3 (0,30)	1,4 (0,31)	0,000	8,2 (0,93)	8,2 (0,72)	1,6 (1,0)	0,000
Factor 2 (educació)	4,8 (0,31)	6,0 (0,48)	8,7 (0,23)	0,000	6,3 (0,28)	6,7 (0,46)	8,7 (0,23)	0,000
Factor 3 (implementació de mesures i intervencions)	8,3 (0,28)	8,3 (0,21)	9,5 (0,21)	0,000	9,1 (0,18)	8,8 (0,18)	9,5 (0,20)	0,072

¹ Organització no governamental

² Organització governamental

³ Sector de les begudes alcohòliques

⁴ ANOVA (anàlisi de variància), valor *p*

Estructura de l'informe

Al **capítol 2** de l'informe s'inclou una breu història de l'alcohol a Europa que descriu la llarga tradició (diversos milers d'anys) del consum d'alcohol a la vida quotidiana, els canvis que van tenir lloc a l'Europa medieval i durant la Revolució Industrial, i l'augment de moviments de masses que es va produir, especialment, al segle XIX, i es clou amb un debat sobre l'aparició del concepte d'addicció i el nou moviment de salut pública.

Al **capítol 3** es descriu l'impacte econòmic de l'alcohol i es fa referència a la producció i el comerç de begudes alcohòliques, a escala mundial i europea. A més, es resumeixen el contraban d'alcohol i les pèrdues impositives que comporta la compra transfronterera. També s'indica, de manera resumida, quina quantitat de diners destinen els europeus a l'alcohol, i s'explica la relació que hi ha entre el consum d'alcohol i els ingressos que representen els impostos de l'alcohol per a l'erari públic i l'ocupació al sector de l'alcohol, des de la producció fins a la venda al públic. D'altra banda, en aquest capítol també s'inclouen estimacions sobre els costos tangibles i intangibles que comporta l'alcohol per a la societat europea, i les oportunitats i les limitacions d'emprar aquesta informació com a ajuda per al procés d'elaboració de polítiques en matèria d'alcohol.

Al **capítol 4** es descriu el consum d'alcohol a Europa i la seva modificació al llarg del temps. També es descriuen els nivells de consum de la població, basats en el consum registrat i sense registrar, i s'inclouen estimacions sobre el nombre d'abstemis, el nombre de persones amb un consum de risc o perjudicial d'alcohol i el nombre de persones amb dependència de l'alcohol. A més, es descriuen les diverses maneres i patrons de consum d'alcohol, inclosos la selecció de les begudes alcohòliques i el context (per exemple, consumir alcohol durant els àpats i consumir alcohol en públic). També s'inclouen estimacions sobre la freqüència de consum d'alcohol, la intoxicació i els episodis de consum intensiu, i es descriuen els diferents patrons de consum d'alcohol arreu d'Europa. D'altra part, en aquest capítol s'analitza fins a quin punt el consum d'alcohol varia segons el gènere i el grup socioeconòmic, i es descriuen detalladament els patrons, els canvis i els determinants del consum d'alcohol en

els joves. Finalment, des d'una posició més objectiva, es consideren les influències culturals i socials generals per al consum d'alcohol a Europa.

Al **capítol 5** es descriu la influència que exerceix l'alcohol en les persones. Al principi, s'inclouen algunes observacions generals sobre el mesurament del consum d'alcohol, els patrons de consum d'alcohol i qüestions de causalitat i atribució. A continuació, es descriu l'impacte de l'alcohol en el benestar social, tant el positiu com el negatiu, i, en particular, es considera el paper de l'alcohol en els actes violents i la delinqüència. També es tracta el paper de l'alcohol com a causa o contribució (tant positives com negatives) d'un ampli ventall d'afeccions, classificades com a lesions intencionades i inintencionades, afeccions neuropsiquiàtriques, afeccions gastrointestinals, afeccions endocrines i metabòliques, càncers, afeccions cardiovasculars, malalties del sistema immunològic i pulmonars, complicacions postoperatòries, afeccions òssies i afeccions reproductives i prenatales. D'altra banda, s'analitza bastant detalladament la solidesa de les dades i s'apunten algunes qüestions sobre el paper de l'alcohol per reduir el risc de patir malalties cardíaques coronàries. També es resumeix el risc general per a les persones i s'inclouen alguns dels determinants de risc. A la conclusió, es descriu la informació que prova la relació entre la disminució del consum perjudicial d'alcohol i la reducció del risc de patir danys per a la persona.

Al **capítol 6** es descriu l'impacte de l'alcohol per a la salut dels europeus, i s'inclou, de manera resumida, el nombre de persones afectades per diferents afeccions relacionades amb l'alcohol. Fent referència a la influència de l'alcohol en les persones, esmentada al capítol 5, i els costos que comporta l'alcohol, presentats al capítol 3, en aquest capítol es descriu l'efecte de l'alcohol en els danys socials a escala europea, incloses les molèsties veïnals, la delinqüència i la violència, i en els danys familiars i laborals. També s'analitzen els danys per a la salut que comporta el consum de begudes alcohòliques, amb estimacions generals del nombre de morts causades i retardades a causa de l'alcohol a escala europea, i la contribució general de l'alcohol als casos d'invalidesa i mort prematura a la Unió Europea. En aquest capítol també se subratllen algunes de les dificultats i precaucions d'aquestes estimacions i, especialment, la possible valoració excessiva de les xifres relatives a les morts retardades. A continuació, s'inclouen estimacions sobre el nombre d'europeus que pateixen les diverses malalties que s'enumeren al capítol 5. També es descriuen els danys generals per a les persones joves i per a tercers, i les diferències socioeconòmiques causades per l'alcohol entre els diversos països i dins del territori nacional de cada estat. Per acabar, s'estudia detalladament la manera com un canvi en els nivells de consum d'alcohol d'una població modifica els danys relacionats amb el consum d'aquesta substància.

Al **capítol 7** es descriuen amb força detall les estratègies més eficaces de la política en matèria d'alcohol (a més de les estratègies que no són eficaces). Es proporcionen dades detallades sobre les opcions següents: (i) **polítiques per reduir la conducció sota els efectes** de l'alcohol; (ii) polítiques per fomentar l'educació, la comunicació, la formació i la conscienciació pública; (iii) polítiques per regular el mercat de les begudes alcohòliques (preu i impostos, disponibilitat i comunicacions comercials); (iv) polítiques per reduir els danys que sorgeixen en l'entorn de consum; i (v) polítiques que fomenten l'oferta de consell i els tractaments per a les persones.

Al **capítol 8** es descriu la incidència dels factors internacionals i europeus en la política en matèria d'alcohol. A la primera part del capítol, s'estudien els motius pels quals el dret mercantil influeix en la política en matèria d'alcohol, i s'analitzen l'Acord General sobre Aranzels Duaners i Comerç (GATT) i l'Acord General sobre Comerç de Serveis (AGCS). A continuació, s'examina el dret mercantil al mercat intern europeu i com pot afectar les polítiques en matèria d'alcohol dels estats membres en l'àmbit impositiu, dels monopolis i de la publicitat, subratllant tant els efectes positius com els efectes negatius. D'altra banda, s'analitza l'alcohol com a producte econòmic i, més detalladament, quina influència rep de la política impositiva europea, les polítiques sobre etiquetatge i embalatge, altres lleis del mercat intern i la Política Agrària Comuna. Finalment, es descriu la influència de l'Organització Mundial de la Salut i la Comissió Europea en la política en matèria d'alcohol.

Al **capítol 9** es resumeixen les polítiques en matèria d'alcohol existents als estats membres, classificades en els següents àmbits: conducció sota els efectes de l'alcohol, lloc de treball, restriccions de mercat, control de les vendes als joves, impostos i preus. També es comparen els diversos països d'Europa amb relació a la resta del món i durant diversos períodes de temps.

Al **capítol 10**, aprofitant tot el material que s'ha presentat als capítols anteriors, s'inclouen algunes conclusions i recomanacions breus sobre les actuacions que es podrien dur a terme per millorar la salut dels ciutadans europeus i de la Unió Europea en conjunt.

Bibliografia

Acheson, D. (1988). Public Health in England. The report of the Committee of Inquiry into the future development of the public health function. Cmnd 289. London: HMSO.

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders. 4th edn. Washington DC: American Psychiatric Association

Anderson, P. (1996). Alcohol - less is better. Report of the WHO European Conference, Health, society and alcohol, Paris 12-14 December 1995. WHO Regional Publications, European Series, No 70. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

Anderson, P. i Baumberg, B. (2005). Stakeholders' views of alcohol policy. London: Institute of Alcohol Studies

Babor, T. F., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., Grube, J. W., Gruenewald, P. J., Hill, L., Holder, H. D., Homel, R., Österberg, E., Rehm, J., Room, R. i Rossow, I. (2003). Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and Public Policy. Oxford, Oxford Medical Publication, Oxford University Press.

Babor, T., Campbell, R., Room, R. i Saunders, J. (1994). Lexicon of Alcohol and Drug Terms, World Health Organization, Geneva.

Baumberg, B. i Anderson P. (2005). The social cost of alcohol to Europe. Submitted for publication.

Bruun, K., Edwards, G., Lumio, M., Mäkelä, K., Pan, L., Popham, R. E., Room, R., Schmidt, W., Skog, O.-J., Sulkunen, P. i Österberg, E. (1975). Alcohol Control Policies in Public Health Perspective. Helsinki: Finnish Foundation for Alcohol Studies.

Department of Health (2004). Choosing Health. Making healthy choices easier. London: HMSO.

Detels, R., McEwen, J., Beaglehole, R. i Tanaka, H. Eds. (2002). Oxford Textbook of Public Health. Oxford: Oxford University Press.

Edwards, G., Anderson, P., Babor, T. F., Casswell, S., Ferrence, R., Giesbrecht, N., Godfrey, C., Holder, H. D., Lemmens, P. H., Mäkelä, K., Midanik, L. T., Norström, T., Österberg, E., Romelsjö, A., Room, R., Simpura, J. i Skog, O.-J. (1994). Alcohol Policy and the Public Good. New York, Oxford University Press.

Edwards, G. i Gross, M. M. (1976). Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. British Medical Journal 1, 1058-1061.

Gray, J. A. M. (2001). Evidence-based Health Care. London: Churchill Livingstone.

Heather, N., Peters, T.J. i Stockwell, T. (2001). (Eds.), International Handbook of Alcohol Problems and Dependence. West Sussex, U.K: John Wiley & Sons, Ltd.

Last, J. (2001). A dictionary of epidemiology. (Fourth edition ed.) Oxford: Oxford University Press.

Longest, B. B. (1998). Health policymaking in the United States. Chicago, IL: Health Administration Press.

Loxley, W., Toumbourou, J. W., Stockwell, T., Haines, B., Scott, K., Godfrey, C., Waters, E., Patton, G., Fordham, R., Gray, D., Marshall, J., Ryder, D., Saggars, S., Sanci, L & Williams, J. (2004). The prevention of substance use, risk and harm in Australia. Canberra: National Drug Research Institute and Centre for Adolescent Health.

McNeill, A. (2004). Alcohol Harm Reduction Strategy for England. Response by the Institute of Alcohol Studies. http://www.ias.org.uk/iaspapers/ahrs_july04.pdf.

Norström, T. (2001). Ed. Alcohol in postwar Europe: Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries, Stockholm: National Institute of Public Health, European Commission.

Organització Mundial de la Salut (1980). Problems related to alcohol consumption. Report of a WHO Expert Committee. Geneva. World Health Organization, 1980 (WHO Technical Report Series, No.650).

Organització Mundial de la Salut (1986). Ottawa Charter for Health promotion. Geneva, World Health Organization.

Organització Mundial de la Salut (1992a). European Alcohol Action Plan 1992-1999. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Organització Mundial de la Salut (1992b). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: World Health Organization.

Organització Mundial de la Salut (1995). European Charter on Alcohol. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Organització Mundial de la Salut (1998). Health 21 – health for all in the 21st century. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Organització Mundial de la Salut (2000). European Alcohol Action Plan 2000-2005. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Organització Mundial de la Salut (2001). Stockholm Declaration on Alcohol and Young people. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Organització Mundial de la Salut (2002). The World Health Report 2002 - Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva, World Health Organization.

Organització Mundial de la Salut (2004a). Global Status Report on Alcohol 2004. Geneva, World Health Organization.

Organització Mundial de la Salut (2004b). Global Status Report on Alcohol Policy. Geneva, World Health Organization.

Organització Mundial de la Salut (2005a). Alcohol policy in the WHO European Region: current status and the way forward. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe.

Organització Mundial de la Salut (2005b). Framework for Alcohol Policy in the European Region. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Österberg, E. i Karlsson, T. 2002. Alcohol Policies in EU Member States and Norway: a Collection of Country Reports. Helsinki: STAKES.

Rehm, J., Room, R., Monteiro, M., Gmel, G., Graham, K., Rehn, T., Sempos, C. T., Frick, U., Jernigan, D. (2004). Alcohol. A: OMS (ed), Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease due to selected major risk factors. Geneva: WHO.

Sanchez-Carbonell, X., Guardiola, E., Belles, A. i Beranuy, M. (2005). European Union scientific production on alcohol and drug misuse (1976-2000). Addiction 100 1166-1174.

Wanless, D. (2004). Securing Good Health for the Whole Population. London: HMSO.

2 Breu història de l'alcohol a Europa

L'alcohol s'ha consumit i produït a Europa durant milers d'anys, normalment, elaborat a partir dels materials disponibles a cada zona. Sovint, les begudes alcohòliques fermentades (i, a partir del segle XIII, també els licors) es feien servir com a medicaments, una pràctica que va continuar fins a principis del segle XX i l'adveniment de la medicina moderna. Antigament, se solia preferir beure alcohol, ja que es creia que era menys perjudicial per a la salut que l'aigua (impura). Embriagar-se també era comú, tot i que se censurava els qui ho feien repetidament. Tot i que existien lleis sobre l'alcohol, l'objectiu solia ser mantenir l'ordre públic o regular el mercat, i no fomentar la salut pública. No obstant això, a l'Europa medieval i del començament de l'època moderna, diversos canvis, com la industrialització, la millora de les xarxes de comunicació i el descobriment de begudes destil·lades amb una graduació superior, van modificar aquest escenari. Les elits europees van topiar amb una situació de misèria urbana en la qual l'embriaguesa en públic entre les classes baixes era freqüent, i, juntament amb els moviments de treballadors emergents (en alguns països), van atribuir aquesta misèria a l'alcohol.

Durant el segle XIX i principis del segle XX, a gran part d'Europa van proliferar els moviments abstencionistes, que, en un principi, s'oposaven al consum de licors, però que sovint s'estenien a qualsevol beguda alcohòlica. En alguns casos, aquests moviments van comportar la prohibició completa de l'alcohol en un país o regió però, en general, es van imposar sistemes menys dràstics de control de les begudes alcohòliques. A la majoria de països, tot i que no pas a tots, aquests moviments de temprança van anar minvant fins a perdre la rellevància al final del segle XX.

El concepte de **dependència de l'alcohol** com a malaltia va sorgir durant el segle XIX, i a molts països europeus es van crear llars o asils per al tractament dels dependents. Tot i que es va deixar d'utilitzar durant el període més prominent dels moviments abstencionistes, a mitjan segle XX el terme **addicció** es va adaptar al clima ideològic de l'època i es va tornar a popularitzar. Malgrat tot, durant els últims anys, el nou moviment de salut pública s'ha convertit en el paradigma dominant per debatre els problemes relacionats amb l'alcohol i ha permès que el debat sigui més ampli i no se centri exclusivament en un col·lectiu reduït de dependents.

Avui dia, a Europa, la gama de consums i significats que es desprenen de l'alcohol és molt variada: des d'acompanyament per als àpats familiars, fins a papers principals als ritus de pas. Les begudes alcohòliques estan plenes de significat, i el consum d'alcohol se sol utilitzar per expressar la formalitat d'un esdeveniment o per marcar la separació entre la feina i l'oci. A més, embriagar-se també és un acte simbòlic, i el comportament durant l'embriaguesa, és a dir, com actuen les persones sota els efectes de l'alcohol, varia arreu d'Europa. Els significats i les pràctiques també són diferents d'un país a un altre i d'una regió a una altra i, en alguns casos, estan vinculats a la identitat de diversos grups. Aquest fenomen es pot apreciar en molts canals relacionats amb l'alcohol, des de l'associació d'una beguda alcohòlica particular amb una identitat nacional o regional, fins a l'acte simbòlic de no consumir alcohol de moltes de les comunitats musulmanes europees.

L'alcohol a la vida quotidiana

Es creu que l'elaboració deliberada d'alcohol per al consum humà va sorgir fa uns deu mil anys i que la major part del món antic coneixia bé les begudes alcohòliques (Austin, 1985; Sournia, 1990). Segurament, les primeres begudes alcohòliques van ser la cervesa sense llúpul i les begudes elaborades a partir de la mel (aiguamel), tot i que ben aviat es van descobrir i es van començar a elaborar altres begudes amb els productes disponibles a cada zona. El cultiu de raïm per a l'elaboració del vi va ser posterior. Es calcula que data, com a mínim, d'entre cinc mil i sis mil anys enrere (Burnett, 1999), tot i que, a l'Antiga Grècia i durant els primers segles de l'Imperi Romà, el vi encara era un producte poc abundant. A Itàlia, la viticultura es començà a difondre a partir del segle II aC, i l'elaboració del vi es va estendre ràpidament als territoris conquerits per Roma (Jellinek, 1976).

L'Imperi Romà va tenir un paper fonamental en la difusió del cristianisme a Europa i, atès que el vi és un element crucial a les misses cristianes, aquest procés podria haver impulsat la producció d'aquesta beguda. A més, la Bíblia conté diverses referències positives sobre el vi i a molts monestirs s'han elaborat begudes alcohòliques, tot i que, d'altra banda, l'Església també ha condemnat l'embriaguesa, que recull com una de les formes de la gola (vegeu Edwards, 2000). Al judaisme europeu també s'observen ambivalències: la Torà descriu l'alcohol com un present de Déu, i el vi forma part de la majoria de festivitats jueves, inclòs el sàbat. No obstant això, segons el llibre sagrat del judaisme, l'alcohol també pot induir a la violència i la pèrdua de consciència, i la intoxicació sol estar estigmatitzada a la comunitat jueva (Sournia, 1990).

Des que es van començar a elaborar les primeres begudes alcohòliques, s'han atribuït a l'alcohol propietats curatives per a una gran varietat de malalties. Cató el Vell (234–149 aC), per exemple, defensà el valor medicinal del vi, consumit amb moderació, per curar les mossegades de serp (Sournia, 1990) i, fins i tot al segle XVIII, els metges anglesos advocaven pel vi en el tractament de la gota i les infeccions venèries (Porter, 1985). Tot i que, al segle XIII, els europeus ja coneixien les begudes destil·lades, anomenades *aqua vitae*, l'aigua de la vida, durant diversos segles es van emprar exclusivament amb finalitats mèdiques (Austin, 1985). I, fa menys de cent anys, el govern noruec va retirar parcialment la prohibició d'adquirir licors i va permetre la venda de mitja ampolla de licor per família per combatre la grip espanyola (Hauge, 1978). L'alcohol no va deixar d'estar present a les lleixes de les consultes mèdiques fins que no van augmentar els coneixements sobre els efectes perjudicials que comportava (Knapp, 1998) i, especialment, fins que els medicaments moderns no van demostrar la seva efectivitat (Sournia, 1990; Edwards, 2000).

Durant l'edat antiga i fins al començament del segle XIX, l'aigua no es considerava una beguda apta per al consum humà, i es creia que beure cervesa era beneficiós per a la salut, a causa dels mètodes de purificació emprats involuntàriament en el procés d'elaboració i de la ingesta calòrica que representava (Vallee, 1993; Burnett, 1999). Per tant, es creu que la cervesa *lleugera* i altres begudes alcohòliques de poca graduació ja es consumien amb freqüència abans de la Revolució Industrial, tot i que, en alguns casos, amb prou feines contenien alcohol (Wilson i Gourvish, 1993:4). Embriagar-se era un acte acceptat com a part de la vida humana, però fer-ho repetidament no solia estar ben considerat, i sovint causava la *desaprovació general* per no respectar codis legals o morals (Thom, 2001).

En alguns casos, la percepció que l'alcohol podia incitar els bevedors a desafiar l'ordre públic va fomentar aquesta desaprovació i va comportar una llarga història de restriccions de l'accés a l'alcohol lligades a les diverses estructures de poder externes (Tannahill, 1988). Per exemple, a gairebé totes les cultures, als esclaus no se'ls permetia consumir alcohol (Sournia, 1990), com tampoc no ho podien fer les dones a l'Antiga Grècia, malgrat la seva participació activa en l'elaboració i la comercialització de begudes alcohòliques abans de la Revolució Industrial (Plant, 1997).

Per tant, no ens ha de sorprendre que les primeres consideracions legals sobre l'alcohol estiguessin relacionades amb l'ordre públic o amb la producció de begudes alcohòliques com, per exemple, la prohibició de l'adulteració, que es va establir per primer cop fa uns quatre mil anys (Hammurabi, 2000, traduït per King). A més a més, els problemes concrets d'un moment i un lloc determinats com, per exemple, la manca de cereals, van influir en la legislació sobre l'alcohol, tot i que aquest tipus de normatives tampoc no solien tenir en compte la salut pública. En alguns casos, els establiments on es consumia alcohol públicament es van relacionar amb la disbauxa i els esvalotaments contra l'ordre públic, i durant el segle xv, als jutges de pau anglesos se'ls va concedir la capacitat d'emetre ordres de tancament per als pubs quan ho consideraven oportú (Thom, 2001). A França, a mitjan segle xix, el consum d'alcohol estava associat a les revoltes i, per aquest motiu, l'any 1848 Lluís Napoleó va intentar suprimir tots els establiments del país on es consumia alcohol (Barrows i Room, 1991; Haine, 2003). D'altra banda, els governants intentaven obtenir beneficis econòmics de la producció i la distribució de l'alcohol i, al començament de l'època moderna, prèviament a la introducció dels impostos sobre la renda, els impostos de l'alcohol representaven una part molt important dels ingressos de l'erari públic, (Moskalewicz i Zielinski, 1995; vegeu també el capítol 3). Malgrat aquestes qüestions, els diversos tipus de consums i les estructures de poder, queda patent que tots els estrats de la societat han tingut la possibilitat d'embriagar-se en alguna ocasió, i que les classes més benestants han gaudit de més llibertat per accedir a l'alcohol (Porter, 1985).

El consum d'alcohol durant la Revolució Industrial

Tot i que el comerç d'alcohol ja existia a l'època romana, quedava reduït per l'escala de la producció i les dificultats de transportar productes peribles voluminosos a grans distàncies. A Europa, tot això va canviar al final de l'edat mitjana, amb l'elaboració de licors amb més graduació i menys peribles i la producció de vins generosos, ambdós bastant estesos a l'acabament del segle xvi (Sournia, 1990; Vallee, 1993). A més de l'aparició de begudes alcohòliques de més graduació, el món que envoltava l'alcohol també va patir canvis importants, com la urbanització, la millora de les xarxes de transport i les conseqüències generals de la Revolució Industrial, que va comportar diversos moviments que van evolucionar amb diferents velocitats i direccions arreu del continent europeu. Aquestes circumstàncies van crear nous mercats per als productors comercials, impensables abans de la Revolució, i els negocis familiars van ser substituïts gradualment per fàbriques de cervesa i destil·leries que podien treure profit dels últims avenços científics per millorar l'escala de la producció (Wilson i Gourvish, 1993; Anderson, 2003; Room, 2006).

Gràcies a aquests canvis, d'ençà de la primera etapa de la Revolució Industrial, l'alcohol es va convertir en un producte més accessible, més fort i més barat que mai. Com era

d'esperar, aquests factors van comportar un augment destacable del consum d'alcohol a tot Europa (Knapp, 1998), especialment, entre les classes treballadores urbanes. Embriagar-se era cada vegada un acte més comú, més públic i més vinculat a la pobresa (Porter, 1985; Barrows i Room, 1991). L'exemple més clar d'aquest fenomen va ser el període de la folia per la ginebra, o *gin craze*, que va esclatar a Anglaterra al final del segle xvii i va continuar fins a la meitat del segle xviii. Aquest fenomen es va produir arran de dos factors: les collites abundants de cereals i els moviments polítics per augmentar la producció de licors i comercialitzar-los a preus més econòmics per combatre la importació creixent dels productes francesos. Durant aquell període, el nombre d'establiments on es venia ginebra es va multiplicar i, segons algunes estimacions, es creu que a les zones de Westminster i la City de Londres en una de cada quatre cases es venien begudes alcohòliques (Burnett, 1999). Els problemes evidents que van sorgir durant aquest període van donar lloc a una sèrie de lleis que es van adoptar durant la primera meitat del segle xviii (Warner, 2002).

Durant els segles xviii i xix, el consum d'alcohol de risc va proliferar a tot Europa, en alguns casos, de manera similar a causa de la liberalització de les mesures polítiques. Per exemple, a Noruega, després de promulgar la Llei sobre els licors de l'any 1816, que permetia la destil·lació casolana, el consum de licors es va multiplicar per cinc i va forçar el govern a aplicar una legislació més restrictiva durant la dècada de 1840 (Hauge, 1978). Per contra, a França, durant l'última meitat del segle xix, els problemes amb l'alcohol van ser producte de factors aliens a l'estat, principalment, el virus de la fil·loxera, que va devastar les vinyes franceses i va provocar un augment del consum de licors. Quan les noves vinyes híbrides empeltades van començar a oferir noves collites, els francesos van sumar el consum de licors al seu consum habitual de vi (Brennan, 2003), fet que va comportar un increment substancial del consum d'alcohol i va despertar la preocupació pública (Barrows i Room, 1991; Preswich, 2003). No obstant això, els canvis del començament de l'època moderna van ser molt menys dràstics a les zones d'Europa on el desenvolupament industrial va ser més lent o superficial, com és el cas de moltes de les regions productores de vi (ja que el vi és molt més difícil de produir en massa que la cervesa o els licors).

Els moviments de masses i l'alcohol

Durant el període de canvi entre el final del segle xviii i, especialment, durant el segle xix, la major part de països europeus van experimentar l'auge del *moviment abstencionista*, que pretenia oferir una resposta als problemes cada cop més evidents que es derivaven de l'alcohol. Inicialment, no es tractava d'un moviment prohibicionista, sinó que fomentava el consum d'alcohol de baix risc entre els seus membres (com suggereix el mot *temprança*), motivats per una oposició als *mals dels licors*. A diversos països es va transformar en un moviment general de la classe obrera (Barrows i Room, 1991) que, a més d'estar vinculat als temes d'interès quotidians (Tyrell, 1991), proporcionava als seus membres una oportunitat de participar en la vida pública (Thom, 2001). Tot i així, el missatge del moviment de temprança es va estendre de manera heterogènia pel continent europeu i, en la majoria de casos, va arrelar més als països i als col·lectius protestants que als catòlics (Barrows i Room, 1991; Levine, 1993), tot i que també hi va haver excepcions, com els moviments abstencionistes catòlics d'Irlanda i Polònia (Bretherton, 1991; Swiatkiewicz i Moskalewicz, 2003).

En general, la temprança va tenir més influència als països anglòfons i als països nòrdics, però també es van formar grups significatius en alguns països d'Europa central i oriental, amb un total de 100.000 membres o més a Dinamarca, França i Polònia (Swiatkiewicz i Moskalewicz, 2003; Preswich, 2003; Eriksen, 2003). Malgrat tot, en alguns països aquest moviment contra l'alcohol mai no va arribar a arrelar, exceptuant un percentatge reduït de les elits, normalment religioses, i sovint als països del sud d'Europa (per exemple, Espanya i Itàlia). A escala mundial, també va tenir certa influència, a causa, sobretot, de la preocupació pel fet que el comerç de licors (amb algunes de les poblacions indígenes dels territoris colonials) alimentés la violència que, al mateix temps, fomentava el comerç d'esclaus (Fidler, 2001; Willis, 2003; Lewis, 2003). Després de les temptatives fracassades d'arribar a un acord amb els altres estats colonials europeus per restringir el comerç de licors, la conseqüència principal d'aquest moviment va ser l'establiment de zones de prohibició a les colònies britàniques de l'Àfrica oriental i occidental (Room, 2005a).

La majoria de països on el moviment de temprança va assolir més importància van aplicar normatives prohibicionistes sobre l'alcohol durant els primers anys del segle xx (Finlàndia, Islàndia, els EUA i Rússia), mentre que la resta de països van adoptar prohibicions parcials (Noruega) o bé van optar per organitzar votacions per decidir els nivells de prohibició a les diverses zones del territori nacional (Dinamarca, Polònia i Noruega), l'anomenada *opció local*. A les zones on el moviment tenia menys seguidors o després de veure el fracàs de la prohibició, les elits polítiques van adoptar una posició de compromís pel que fa al control de l'alcohol, és a dir, van permetre que els ciutadans poguessin accedir a l'alcohol i van intentar reduir-ne els danys amb polítiques com els monopolis estatals (Room, 2004; Room, 2005a). Gran part de la nova legislació estava enfocada explícitament al *nou problema* dels licors, inclosos els elevats gravàmens que van imposar Dinamarca (1917) i Alemanya (1887), que, en ambdós casos, van fomentar el consum de cervesa (Eriksen, 2003; Spode, 2003).

La idea d'addicció

Tot i que, durant les diverses èpoques històriques d'Europa, els episodis habituals d'embraguesa a vegades es contemplaven amb desaprovació, fins al final del segle xviii o el començament del segle xix no es va començar a tenir en compte la pèrdua de l'autocontrol per explicar aquest fenomen. El nou paradigma d'addicció se sol atribuir a Thomas Trotter i, especialment, a Benjamin Rush (metges d'Escòcia i dels EUA, respectivament), que van afirmar que aquestes persones patien una *malaltia de la voluntat* (Levine, 1978; Thom, 2001), tot i que, durant la primera meitat del segle xviii, ja havien aparegut teories precursors menys desenvolupades (Porter, 1985; Knapp, 1998). Per tant, cal considerar aquestes idees com la culminació de diversos desenvolupaments, com l'increment dels coneixements mèdics generals i la inclusió de nous camps en la medicina, com les malalties mentals. El factor contextual més rellevant és, potser, la ideologia de la força de voluntat personal (Levine, 1978), que s'ha emprat per explicar el fet que la preocupació pel consum d'alcohol fos molt més significativa als països protestants, on l'autocontrol és culturalment molt rellevant (Levine, 1993; Engs, 1995).

Les primeres llars voluntàries per a les persones èbries, que, normalment, respectaven les ideologies i l'espiritualitat dels grups de temprança que les regentaven, es van establir als EUA (Baumohl i Room, 1987), i el reconeixement mèdic de l'addicció a l'alcohol, que va

arrelar al segle xix, va impulsar el tractament d'aquesta afecció dins de l'esfera mèdica i va comportar la creació d'asils més amplis, d'internament obligatori i amb una línia espiritual menys rígida (Porter, 1985). Posteriorment, tant les llars com, més endavant, els asils per a les persones amb problemes relacionats amb l'alcohol van ser imitats als països europeus, i l'any 1900, Àustria, Finlàndia, França, Alemanya, Irlanda, els Països Baixos, Noruega, Suïssa i el Regne Unit disposaven d'algun tipus d'instal·lacions de tractament de l'addicció a l'alcohol (Baumohl i Room, 1987). A principis del segle xx, a diversos d'aquests països ja hi havia estructures força sofisticades, amb diferents nivells de tractament per via de consells o comitès que incloïen el control social (com camps de treball) i la rehabilitació. No obstant això, durant el canvi de segle, en alguns casos els problemes de l'addicció es van marginar a causa del pes de la temprança en altres solucions polítiques més generals.

Als EUA, el concepte d'addicció va reaparèixer després del període de prohibició, reformulat i centrat en la *persona malalta*, més que no pas com una conseqüència intrínseca de l'alcohol (Levine, 1978; Roizen 1991). Aquesta tendència es va estendre a Europa després de la Segona Guerra Mundial, de la mà del moviment creixent d'Alcohòlics Anònims, i es va adaptar a les ideologies dominants del consumisme i la llibertat personal (Mann, Hermann i Heinz, 2000; Room, 2004). No obstant això, no va deixar de ser una ideologia invisible als països dins de l'esfera d'influència soviètica, com Alemanya de l'Est i Polònia, on la dependència de l'alcohol es va considerar una relíquia de la societat capitalista durant molts anys. En aquests països, les estratègies de tractament psiquiàtriques humanístiques no van aparèixer fins a la dècada dels setanta (Swiatkiewicz i Moskalewicz, 2003; Spode, 2003).

Recentment, el *nou moviment de salut pública* (en el qual s'integra aquest informe) torna a tenir en compte la magnitud completa dels problemes relacionats amb l'alcohol, en lloc de centrar tots els problemes relacionats amb aquesta substància en un col·lectiu reduït de dependents alcohòlics (Berridge, 1989; Thom, 2001).

L'alcohol a Europa: passat i present

A l'Europa actual, l'alcohol forma part d'esdeveniments tan variats com els àpats quotidians, els serveis religiosos o les celebracions (Gamella, 1995; Beccaria i Sande, 2003). Les persones beuen alcohol per moltes més raons que els factors individuals proposats pels primers antropòlegs, fet que denota la varietat de significats que té l'alcohol per a cada persona i en cada moment (Moore, 2001; vegeu també l'apartat on es tracta la qüestió dels joves al capítol 4). El significat també s'entreu a la producció d'alcohol a moltes zones d'Europa, com la importància del *vin santo* d'elaboració casolana de la Toscana (Calabresi, 1987; vegeu també l'apartat sobre la producció del capítol 3). Malgrat aquesta diversitat de significats, el consum d'alcohol es pot descriure, de manera general, com una activitat social (almenys, per a la majoria de consumidors) que té lloc en el context de les relacions dels consumidors entre ells i, en línies més generals, amb el món (Hunt i Barker, 2001).

Per tant, no és sorprenent que beure alcohol sigui també una activitat simbòlica, i que tots els aspectes relacionats amb el consum d'alcohol (el tipus de beguda, el moment i el lloc on es consumeix, les persones amb qui es consumeix i la manera com es consumeix) tinguin un significat tant per al consumidor com per a les persones que l'envolten. Per exemple, a les societats industrialitzades modernes, les begudes alcohòliques poden servir per mar-

car el temps o determinar l'estat d'ànim de les persones i dividir els entorns laborals, on no es consumeix alcohol, del temps d'oci del vespre i, particularment, del cap de setmana (Gusfield, 1987). A més, l'alcohol també pot formar part de la definició d'un esdeveniment social concret, tal com succeeix a la conca de Viena, a Àustria, on es diferencia entre *Sekt* (begudes alcohòliques que es consumeixen a les festes formals, fixades i tradicionals) i *Schnapps* (begudes alcohòliques que es consumeixen espontàniament en esferes més íntimes) (Thornton, 1987). L'embriaguesa també està relacionada amb diverses expectatives i interpretacions socials, i el *comportament durant l'embriaguesa*, és a dir, com actuen les persones sota els efectes de l'alcohol, varia arreu d'Europa (MacAndrew i Edgerton, 1969; Room, 2001). Evidentment, aquestes expectatives també poden variar segons el moment i el context, tal com s'endevina de la descripció de l'Októberfest de Munic, «comparable a una experiència salvatge», que es pot viure en alguns *Kneipe* o pubs alemanys (Vogt, 1995). El comportament de les persones en estat d'embriaguesa també té implicacions significatives per a algunes de les conseqüències del consum d'alcohol, que es tractaran més detalladament als capítols 5 i 6 d'aquest informe.

Atès que aquest document se centra principalment en l'àmbit nacional, cal recordar que un país no és el mateix que una cultura, i que les diferències entre cultures van més enllà de simples definicions polítiques (Wilson, 2004). Les cultures també engloben diferents grups i subcultures que presenten comportaments de consum d'alcohol diversos. Alguns d'aquests grups (edat, gènere, nivell socioeconòmic) s'analitzen a la segona meitat del capítol 4. Per a aquestes diferències de patró de consum, la identitat pot ser un factor important, tal com demostra un estudi sobre l'embriaguesa realitzat amb diferents xarxes juvenils d'una escola de Nova Zelanda (Abel i Plumridge, 2004). A més, una identitat nacional o regional pot estar relacionada amb begudes alcohòliques determinades i maneres de consumir alcohol específiques, i la mateixa identitat pot estar parcialment construïda al voltant d'un comportament de consum d'alcohol (Moore, 1990; Nahoum-Grappe, 1995; Gamella, 1995; Wilson, 2004). L'abstinència també pot ser un identificador rellevant per a una comunitat, com és el cas dels musulmans que viuen a societats europees, per als quals l'abstinència està vinculada a una creença religiosa i, al mateix temps, es pot convertir en una senya d'identitat (Amundsen, Rossow i Skurtvei, 2005; Room, 2005b).

Malgrat la gran diversitat de significats que s'atribueixen a l'alcohol a Europa, s'han intentat establir algunes tipologies generals de *cultures de consum d'alcohol* (vegeu la revisió a Room i Mäkelä, 2000), en alguns casos, fent servir l'argument que aquests comportaments són un reflex dels llegats històrics que es descriuen més amunt i que daten de l'època romana (Engs, 1995). Segons aquestes tipologies, els països es poden dividir en cultures *líquides* i cultures *seques*, o cultures de *temprança* i cultures *sense temprança*. Normalment, aquestes dicotomies engloben la producció, el patró de consum, el comportament durant l'embriaguesa i la resposta a l'alcohol.

Tot i així, a tall d'exemple, la imatge que s'obté (tot i que limitada) dels estudis que analitzen la desaprovació i la influència que exerceixen els companys o els familiars en el consumidor no confirma la validesa d'aquestes divisions tan simples. Un estudi relativament modest ha permès observar les variacions en els nivells de desaprovació entre les diverses cultures, tot i que, en general, els patrons de desaprovació feien referència a un ampli ventall de situacions (des de l'embaràs fins a l'obesitat). Pel que fa a l'embriaguesa, al Regne Unit i a

Espanya s'han obtingut nivells similars de desaprovació, tot i que no s'aprecia cap tendència sistemàtica general (Room [et al.], 2001).¹ De manera similar, segons un qüestionari d'una sola pregunta del projecte ECAS, que demanava als enquestats si havien intentat influenciar algun conegut perquè canviés el seu patró de consum d'alcohol, no s'ha pogut determinar cap patró clar. Per exemple, segons l'estudi, a Itàlia el percentatge de persones que intenten influir en el comportament dels altres és més elevat que a Finlàndia o a Suècia, on, a la vegada, és més elevat que a França (Hemström, Leifman i Ramstedt, 2001; Hemström, 2002b). Al llarg de l'informe i, especialment, als capítols 4 i 6, s'analitzen més exemples de generalitzacions, excepcions i complicacions relacionades.

Deixant de banda aquests temes, la finalitat d'aquest apartat és mostrar que l'alcohol a Europa té un significat i una història o, expressat de manera més correcta, té significats i històries que varien segons el país i la regió. El món que s'investiga als capítols següents, des de la producció fins al consum, les conseqüències i les respostes a l'alcohol, és, per tant, un món significatiu, tant per a les persones que consumeixen alcohol com per als abstemis. La situació actual de l'alcohol a Europa no sorgeix del no-res, sinó que prové d'una llarga història de pràctiques i significats canviants, tal com es resumirà en aquest informe.

Bibliografia

Abel, G. M. i Plumridge, E. W. (2004). "Network "Norms" or "Styles" of "Drunken Comportment"?" Health Education Research, 19: 492-500.

Amundsen, E. J., Rossow, I., i Skurtvei, S. (2005). "Drinking Pattern Among Adolescents With Immigrant and Norwegian Backgrounds: A Two-Way Influence?" Addiction, 100(10): 1453-63.

Anderson, R. (2003). "Beer." Alcohol and Temperance in Modern History, Edited by J. S. Blocker, D. M. Fahey, and I. R. Tyrrell. Oxford, England: ABC Clio.

Austin, G. A. (1985). Alcohol in Western Society From Antiquity to 1800, Santa Barbara, California: ABC - Clio Information Services.

Barrows, S. i Room, R. (1991). Drinking: Behavior and Belief in Modern History, Berkeley: University of California Press.

Baumohl, J. i Room, R. (1987). "Inebriety, Doctors, and the State: Alcoholism Treatment Institutions Before 1940." Pp.135-74 in Recent Developments in Alcoholism, vol 5., Edited by M. Galanter.

Beccaria, F. i Sande, A. (2003). "Drinking Games and Rite of Life Projects: a Social Comparison of the Meaning and Functions of Young People's Use of Alcohol During the Rite of Passage to Adulthood in Italy and Norway." Young: the Nordic Journal of Youth Research, 11(2): 99-119.

¹ Tenint en compte el context del treball de recerca (universalisme i diversitat amb relació a la invalidesa), és possible que els resultats siguin reaccions envers la dependència de l'alcohol i no només envers la intoxicació. A més, els estudis comparatius poden proporcionar resultats parcials (vegeu el capítol 4), i cal tenir en compte que aquest estudi es va realitzar amb una mostra molt petita. No obstant això, els resultats que se'n deriven són interessants, especialment en el context dels resultats que s'analitzen més endavant en aquest informe.

Berridge, V. (1989). "History and Addiction Control: the Case of Alcohol." Pp.24-42 in Controlling legal addictions, Edited by D. Robinson, A. Maynard, and R. Chester. Basingstoke: Macmillan.

Brennan, T. (2003). "France, Production and Consumption of Alcohol in." Alcohol and Temperance in Modern History, Edited by J. S. Blocker, D. M. Fahey, and I. R. Tyrrell. Oxford, England: ABC Clio.

Bretherton, G. (1991). "Against the Flowing Tide: Whisky and Temperance in the Making of Modern Ireland." Drinking behavior and belief in modern history, Edited by S. Barrows and R. Room. Berkley, CA: University of California Press.

Burnett, J. (1999). Liquid Pleasures: A Social History of Drinks in Modern Britain, Routledge.

Calabresi, A. T. (1987). "Vin Santo and Wine in a Tuscan Farmhouse." Pp.122-34 in Constructive drinking: perspectives on drink from anthropology, Edited by M. Douglas.

Edwards, G. (2000). Alcohol: the Ambiguous Molecule, London, UK: Penguin Books Ltd.

Engs, R. C. (1995). "Do Traditional Western European Drinking Practices Have Origins In Antiquity?" Addiction Research, 2(3): 227-39. <http://www.indiana.edu/~engs/articles/ar1096.htm>

Eriksen, S. (2003). "Denmark." Alcohol and Temperance in Modern History, Edited by J. S. Blocker, D. M. Fahey, and I. R. Tyrrell. Oxford, England: ABC Clio.

Fidler, D. P. (2001). "The Globalization of Public Health: the First 100 Years of International Health Diplomacy." Bulletin of the World Health Organization, 79(9): 842-49.

Gamella, J. F. (1995). "Spain." Pp.254-69 in International handbook on alcohol and culture, Edited by D. B. Heath. Westport,Connecticut and London: Greenwood Press.

Gusfield, J. R. (1987). "Passage to Play: Rituals of Drinking Time in American Society." Pp.73-90 in Constructive drinking: perspectives on drink from anthropology, Edited by M. Douglas.

Haine, W. S. (2003). "Drinking Establishments (France)." Alcohol and Temperance in Modern History, Edited by J. S. Blocker, D. M. Fahey, and I. R. Tyrrell. Oxford, England: ABC Clio.

Hammurabi (translated by L. W. King) (2000). Code of Hammurabi. <http://www.fordham.edu/halsall/ancient/hamcode.html>

Hauge, R. (1978). "Alcohol Policy in Norway: a Historical Outline." Prepared for International Institute on the Prevention and Treatment of Alcoholism in Zürich, June 25 - July 1 1978 [conference proceeding]: Oslo: National Institute for Alcohol Research.

Hemström, Ö., Leifman, H. i Ramstedt, M. (2001). "The ECAS-Survey on Drinking Patterns and Alcohol-Related Problems." Alcohol in postwar Europe: Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries, Edited by T. Norström. Stockholm: National Institute of Public Health, European Commission.

Hunt, G. i Barker, J. (2001). "Socio-Cultural Anthropology and Alcohol and Drug Research: Towards a Unified Theory." Social Science and Medicine, 53: 165-88.

Jellinek, E. M. (1976). "Drinkers and Alcoholics in Ancient Rome." Journal of Studies on Alcohol, 37: 1721-43.

Knapp, V. J. (1998). "The Medical Response to Rising Alcohol Consumption in 18th- and 19th-Century Europe." Nutrition and Health, 12: 163-79.

Levine, H. G. (1978). "The Discovery of Addiction: Changing Conceptions of Habitual Drunkenness in America." Journal of Studies on Alcohol, 38: 1347-70. <http://www.soc.qc.edu/Staff/levine/doa.htm>

Levine, H. G. (1993). "Temperance Cultures: Alcohol As a Problem in Nordic and English-Speaking Cultures." Pp.16-36 in The Nature of Alcohol and Drug-Related Problems, Edited by M. Lader, G. Edwards, and C. Drummond. New York: Oxford University Press.

Lewis, M. J. (2003). "Indigenous Peoples and the Liquor Traffic Controversy." Alcohol and Temperance in Modern History, Edited by J. S. Blocker, D. M. Fahey, and I. R. Tyrrell. Oxford, England: ABC Clio.

MacAndrew, C. i Edgerton, R. (1969). Drunken Comportment, Chicago: Aldine Pub. Co.

Mann, K., Hermann, D., i Heinz, A. (2000). "One Hundred Years of Alcoholism: the Twentieth Century." Alcohol and Alcoholism, 35(1): 10-15. <http://alcalc.oxfordjournals.org/cgi/content/full/35/1/10>

Moore, D. (1990). "Drinking, the Construction of Ethnic Identity and Social Process in a Western Australian Youth Subculture." British Journal of Addiction, 85(10): 1265-78.

Moore, D. (2001). "The Anthropology of Drinking." International handbook of alcohol dependence and problems, Edited by N. Heather, T. J. Peters, and T. Stockwell.

Moskalewicz, J. i A. Zielinski (1995). "Poland." Pp.224-36 in International handbook on alcohol and culture, Edited by D. B. Heath. Westport,Connecticut and London: Greenwood Press.

Nahoum-Grappe, V. (1995). "France." Pp.75-87 in International handbook on alcohol and culture, Edited by D. B. Heath. Westport,Connecticut and London: Greenwood Press.

Plant, M. (1997). Women and Alcohol: Contemporary and Historical Perspectives, London: Free Association Books.

Porter, R. (1985). "The Drinking Man's Disease: the 'Pre-History' of Alcoholism in Georgian Britain." British Journal of Addiction, 80(4): 385-96.

Preswich, P. E. (2003). "France, Temperance In." Alcohol and Temperance in Modern History, Edited by J. S. Blocker, D. M. Fahey, and I. R. Tyrrell. Oxford, England: ABC Clio.

Roizen, R. (1991). (The American Discovery of Alcoholism, 1933-1939). PhD dissertation, Sociology. University of California, Berkeley. <http://www.roizen.com/ron/disshome.htm>

Room, R. (2001). "Intoxication and Bad Behaviour: Understanding Cultural Differences in the Link." Social Science and Medicine, 53: 189-98.

Room, R. (2004). "Alcohol and Harm Reduction, Then and Now." Critical Public Health, 14(4): 329-44.

Room, R. (2005a). "Alcohol Policy: Issues and Challenges for the WHO European Region." 10th meeting of national counterparts for alcohol policy in the WHO European Region, Stockholm 13-15 April 2005 [conference proceeding]

Room, R. (2006). "International control of alcohol: Alternative paths forward". Drug and Alcohol Review. In press.

Room, R. (2005b). "Multicultural Contexts and Alcohol and Drug Use As Symbolic Behaviour." Addiction Research and Theory, 13(4): 321-31.

Room, R. i Mäkelä, K. (2000). "Typologies of the Cultural Position of Drinking." Journal of Studies on Alcohol, 61(3): 475-83.

Room, R., Rehm, J., Trotter, R. T., Paglia, A. i Ustün, T. B. (2001). "Cross-Cultural Views on Stigma, Valuation, Parity and Societal Attitudes Towards Disability." Pp.247-91 in Disability and Culture: Universalism and Diversity, Edited by T. B. Ustün. Seattle: Hofgrebe & Huber.

Sournia, J.-C. (1990). A History of Alcoholism, Oxford: Basil Blackwell.

Spode, H. (2003). "Germany [Translated by Giles,G.]" Alcohol and Temperance in Modern History, Edited by J. S. Blocker, D. M. Fahey, and I. R. Tyrrell. Oxford, England: ABC Clio.

Swiatkiewicz, G. i J. Moskalewicz (2003). "Poland." Alcohol and Temperance in Modern History, Edited by J. S. Blocker, D. M. Fahey, and I. R. Tyrrell. Oxford, England: ABC Clio.

Tannahill, R. (1988). Food in History. 2nd, London: Penguin.

Thom, B. (2001). "A Social and Political History of Alcohol." International handbook of alcohol dependence and problems, Edited by N. Heather, T. J. Peters, and T. Stockwell. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.

Thornton, M. A. (1987). "Sekt Versus Schnapps in an Austrian Village." Pp.102-12 in Constructive drinking: perspectives on drink from anthropology, Edited by M. Douglas.

Tyrell, I. (1991). "Women and Temperance in International Perspective: the World's WCTU 1880s-1920s." Pp.217-40 in Drinking behaviour and belief in modern history, Edited by S. Barrows and R. Room. Berkeley, CA: University of California Press.

Vallee, B. L. (1993). "Alcohol in Human History." Symposium on Toward a Molecular Basis of Alcohol Use and Abuse, Edited by B. Jansson, H. Jörnvall, U. Rydberg, L. Terenius, and B. L. Vallee. Birkhäuser Verlag.

Vogt, I. (1995). "Germany." Pp.88-98 in International handbook on alcohol and culture, Edited by D. B. Heath. Westport, Connecticut and London: Greenwood Press.

Warner, J. (2002). Craze: Gin and Debauchery in an Age of Reason, London: Profile Books.

Willis, J. (2003). "Brussels Act and Conventions, 1890-1912." Alcohol and Temperance in Modern History, Edited by J. S. Blocker, D. M. Fahey, and I. R. Tyrrell. Oxford, England: ABC Clio.

Wilson, R. G. i Gourvish, T. (1993). The production and consumption of alcoholic beverages in Western Europe. London: Amsterdam Group.

Wilson, T. (2004). "Globalization, Differentiation and Drinking Cultures, an Anthropological Perspective." Anthropology of Food, 3. <http://www.aofood.org/JournalIssues/03/wilson.pdf>.

3 L'impacte econòmic de l'alcohol

Europa té un paper fonamental al mercat mundial de l'alcohol. De fet, és la font d'una quarta part de les begudes alcohòliques que es produeixen a tot el món i de més de la meitat de la producció mundial de vi. Fins i tot en el cas dels licors, la producció dels quals està menys concentrada a Europa, alguns països europeus (per exemple, el Regne Unit i França) es troben entre els primers productors mundials. A més, en alguns països i regions del continent, l'elaboració de molts tipus de begudes alcohòliques forma part de la identitat nacional. El comerç d'alcohol encara està més concentrat a Europa, que acapara un 70% de les exportacions, mentre que la Unió Europea realitza gairebé la meitat de les importacions mundials. La major part del comerç es duu a terme entre països de la Unió, i aquesta activitat contribueix, aproximadament, amb uns 9.000 milions d'euros al balanç de béns de la Unió Europea en conjunt.

Establir el valor del contraban d'alcohol a la Unió Europea és una tasca molt complicada, tot i que, segons el Grup Europeu d'Alt Nivell sobre el Fraude, s'estima que, l'any 1996, el frau amb begudes alcohòliques va representar la pèrdua de 1.500 milions d'euros. Qualsevol producte amb una càrrega impositiva elevada és susceptible al contraban, però les diferències de preu entre els diversos països europeus tenen poca rellevància, ja que la major part d'activitats de contraban estan relacionades amb el sistema de suspensió d'impostos.

D'altra banda, les diferències de preu tenen un paper realment significatiu amb relació al nivell de compres legals transfrontereres legítimes, és a dir, la compra legal de begudes alcohòliques a països on són més econòmiques. Com a mínim, un de cada sis turistes porta begudes alcohòliques quan torna de viatge, amb una mitjana de més de dos litres d'alcohol pur per persona a diversos països. Aquestes xifres denoten un augment respecte als nivells anteriors, a causa de l'increment dels viatges entre els països de la UE, la relaxació de les franquícies de viatgers i, més recentment, la incorporació a la Unió Europea de diversos països més econòmics.

Per a molts països europeus, la indústria de les begudes alcohòliques té un pes econòmic considerable. L'any 2001, el total d'impostos de l'alcohol va ser de 25.000 milions d'euros, sense incloure els impostos de venda i altres gravàmens que s'imputen durant la cadena de subministrament, malgrat que 1.500 milions d'euros retornen a la cadena de subministrament mitjançant la Política Agrària Comuna (vegeu el capítol 8). A causa de la poca elasticitat de la demanda d'alcohol (vegeu el capítol 7), la mitjana de càrregues impositives és un indicador molt més precís dels ingressos impositius d'un govern que el nivell de consum del país.

D'altra part, l'alcohol està vinculat a diverses professions, inclosos més de 750.000 llocs de treball a la producció de begudes alcohòliques (principalment vi). A més, a la cadena de subministrament hi ha altres feines associades amb l'alcohol, com ara als bars o a les botigues. Tot i així, la magnitud del sector no és necessàriament un mètode precís per mesurar l'impacte econòmic de la política en matèria d'alcohol. Per exemple, les tendències en el consum d'alcohol no mostren cap correlació directa amb les tendències en el nombre de llocs de treball en àmbits relacionats amb l'alcohol, com hotels, restaurants i bars, fet que suggereix que

l'efecte dels canvis en el consum és relativament pobre. A més, la reducció de les despeses en alcohol podria permetre als consumidors destinar els seus ingressos a altres productes, i l'impacte econòmic dependria de la naturalesa exacta de les noves despeses. Malgrat que cal seguir investigant aquest aspecte, la informació disponible sobre la indústria de les begudes alcohòliques i altres sectors suggereix que la reducció del consum no ha de comportar necessàriament la pèrdua de llocs de treball per a l'economia en conjunt.

D'acord amb una revisió dels estudis existents, l'any 2003, el cost tangible total de l'alcohol per a la societat de la Unió Europea va ser, aproximadament, de 125.000 milions d'euros (entre 79.000 i 220.000 milions d'euros), que equivaldrien a l'1,3% del PIB, si fa no fa el mateix cost que comporta el tabac, segons càlculs recents. Els costos intangibles representen el valor del dolor, el patiment i les vides perdudes a causa dels danys per a la salut, i els danys socials i delictius que comporta el consum d'alcohol. L'any 2003, aquests costos van arribar fins a uns 270.000 milions d'euros, tot i que amb altres mètodes de mesura el total varia entre 150.000 i 760.000 milions d'euros. Malgrat que aquestes estimacions contenen un marge d'error considerable, segurament, el cost social brut de l'alcohol (excloent els beneficis) queda subestimat, ja que hi ha diversos àmbits en els quals ha estat impossible obtenir informació. De la mateixa manera, tot i que les estimacions tenen en compte els beneficis de l'alcohol per als sistemes de salut i la pèrdua de vides (valorats de manera intangible), no hi ha estudis suficients per poder avaluar els altres beneficis socials. Aquestes dades només haurien de ser el començament de les contribucions econòmiques al procés de creació de polítiques, amb més estudis que quantifiquin el percentatge dels costos que es poden evitar i, especialment, que investiguin les polítiques amb una millor relació cost-efectivitat per aconseguir-ho.

L'economia de l'alcohol

L'alcohol és un producte econòmic molt important que comporta uns ingressos impositius significatius per als governs i representa unes despeses considerables per als consumidors. De fet, Europa es pot considerar el centre de la indústria mundial de l'alcohol, ja que ocupa la primera posició com a mercat i com a productor de begudes alcohòliques.

Com succeeix amb molts altres sectors de consum a l'època de la globalització, la producció de begudes alcohòliques s'està convertint, cada cop més, en un escenari internacional dominat per marques de begudes que pertanyen a companyies multinacionals. Per contra, aquest informe se centra només en l'esfera europea, mentre que, als capítols següents, es tracten els patrons i les tendències relacionats amb l'alcohol a escala nacional. Tot i que aquest apartat s'adapta a l'estructura general de l'informe (país/regió), cal llegir-lo tenint en compte que, per comprendre la indústria de les begudes alcohòliques contemporània, és fonamental mantenir una perspectiva internacional i tenir en consideració la governança empresarial de les companyies multinacionals (vegeu Jernigan, 1997; Euromonitor i just-drinks.com, 2005).

Aquest capítol, doncs, se centra, en primer lloc, en la producció de begudes alcohòliques als països europeus, i posteriorment, en el comerç internacional d'alcohol, els impostos relacionats amb l'alcohol i l'ocupació als sectors vinculats amb l'alcohol.

Producció

El vi

Històricament, la possibilitat de cultivar vinyes per produir vi ha quedat restringida, per motius climàtics, a certs països, tot i que també s'ha suggerit que aquestes restriccions es podrien modificar a causa del canvi climàtic.¹ D'acord amb l'inventari de l'any 2000 de la Comissió Europea, s'elabora vi a 150 regions diferents de la UE15, a més d'alguns dels països de la UE10 (República Txeca, Xipre, Hongria, Malta, Eslovènia i Eslovàquia).² Les regions amb més terreny cultivat es troben a Espanya (Castella-la Manxa i Extremadura), Itàlia (Sicília i Pulla) i França (la Gironda i l'Erau), cadascuna d'elles amb més de 100.000 hectàrees de terra dedicada a la viticultura (tot i que aquestes dades depenen de si les agrupacions de productors regionals s'integren dins d'una sola regió o en diverses regions). A més, els mateixos tres països encapçalen la classificació amb més regions individuals productores de vi (75 a França, 21 a Itàlia i 17 a Espanya), i l'àrea total més àmplia de producció de vi (més de 750.000 hectàrees cadascun, comparat amb menys de 500.000 hectàrees en conjunt als altres països de la UE15).

No és sorprenent, doncs, que la producció mundial de vi estigui especialment dominada pels països europeus, concentrada al tercet format per França, Itàlia i Espanya, que representen, aproximadament, la meitat de la producció de vi a tot el món, tal com s'indica a la figura 3.1. Dels països no pertanyents a la UE inclosos a l'estudi, Romania és el productor més important d'alcohol i, especialment, de vi. De fet, la producció total de vi de Romania i Bulgària gairebé equival a la de Portugal.

No obstant això, els excedents mundials de vi han existit des dels anys setanta, juntament amb el repte que representen els països del *Nou Món*, és a dir, els EUA, el Canadà, Amèrica del Sud, Austràlia i Nova Zelanda, per als productors europeus (Spitzer, 2002; Furlani [et al.], 2003). Actualment, aquests països produeixen una quantitat considerable de vi (sovint de marca) que competeix amb els vins europeus i que s'ha pogut introduir més fàcilment a la UE gràcies als resultats de negociacions comercials, com les que s'estan duent a terme actualment, que amenacen amb reduir encara més els aranzels (vegeu el capítol 8). Els problemes i les reaccions a la Política Agrària Comuna (PAC, vegeu també el capítol 8) han contribuït a reduir els nivells de producció durant els últims anys, com la dels anys 2002-2003, que va disminuir un 25% respecte a la mitjana obtinguda a mitjan anys vuitanta. Per ajudar el sector, la PAC ha intentat fomentar la producció de vi de més qualitat en lloc del vi de taula. Però, malgrat la reducció substancial de la producció de vi de taula i un augment paral·lel de la producció de vi de més qualitat, encara s'elabora més vi de taula que vi de qualitat, especialment a Itàlia.

¹ Es poden consultar exemples sobre el canvi climàtic i la viticultura a les pàgines de la Societat Geològica Americana (<http://www.geosociety.org/news/pr/03-35.htm>) i a les pàgines de notícies de la BBC (<http://news.bbc.co.uk/1/low/world/europe/3288129.stm>).

² La informació sobre les regions productores de vi de la UE15 prové de les estadístiques oficials de la Comissió Europea, disponibles a: http://ec.europa.eu/comm/agriculture/markets/wine/prod/index_en.htm. Les xifres que s'inclouen en aquest apartat són les de l'inventari de zones productores de vi, realitzat entre 1998 i 2000, i exclouen els drets potencials de plantació.

Cervesa

Europa també ocupa un lloc rellevant respecte a la producció mundial de cervesa, tot i que molt menys significatiu que en l'elaboració de vi. Només Alemanya produeix un 7,5% del total mundial, una xifra que la situa només per darrere de la Xina i els EUA. En ordre descendent, la segueixen el Regne Unit, Polònia, Espanya, els Països Baixos, la República Txeca, França i Bèlgica, que produeixen entre un 1% i un 4% de la cervesa mundial. Tot i que la producció de cervesa està dominada per grans empreses multinacionals, encara existeix un nombre reduït de microproductors locals que fan servir els seus propis mètodes de producció i que continuen representant un petit percentatge del mercat de la cervesa (Euromonitor i just-drinks.com, 2005). La major part de les cerveses europees són varietats de cervesa de baixa fermentació. Fins i tot al Regne Unit, que durant molts anys va ser l'excepció per preferir la cervesa d'alta fermentació, la producció de cervesa de baixa fermentació representa un 70% del seu mercat cerveser (Tighe i Bussett, 2004).

Licors

Els *licors* són un terme molt ampli, potser més que no pas els altres dos tipus de begudes alcohòliques, i engloben diferents begudes amb personalitats molt marcades. Tot i que alguns dels aspectes del procés de producció (com, per exemple, la destil·lació) i la graduació de les begudes són bastant similars i aporten certa coherència a aquesta classificació, els licors es diferencien entre ells pels ingredients específics que s'empren en el procés d'elaboració, que proporcionen el sabor particular de cada beguda destil·lada. A alguns països s'associa un licor concret a una cultura o identitat nacional, factor que ha comportat esforços desmesurats per protegir els drets de la producció d'aquest tipus de begudes. Aquest fenomen s'aprecia amb les disputes al voltant de l'*ouzo*, el licor anisat grec (Taylor, 2004) o el *zubrowka*, el vodka polonès aromatitzat amb herba de bisó (Koizol, 2003), per esmentar només dos exemples.

Per tant, no és sorprenent que, en alguns països europeus, la producció de licors se centri en un sol tipus de licor destil·lat, tot i que, a causa de la informació parcial de la qual disposem, resulta difícil estudiar aquest tema amb gaire precisió. Si analitzem els països europeus dels quals hi ha dades disponibles, podem deduir que el Regne Unit produeix la major part de whisky i ginebra (tot i que no hi ha informació disponible sobre Irlanda), mentre que França és el productor principal de la majoria de licors i Polònia produeix el percentatge més elevat de vodka.³ Si es tenen en compte tots els tipus de licors, les dades disponibles són més completes, i permeten observar que la producció de licors encara està menys concentrada a la UE que la de la cervesa: més de sis de cada set ampolles es produeixen fora de la UE. No obstant això, el Regne Unit, França i Alemanya es troben entre els deu primers països productors de licors de tot el món, i Itàlia, Polònia i Espanya no ocupen posicions gaire allunyades.

³ Les anàlisis de producció de licors es basen en les dades de producció de l'EUROSTAT sobre tipus concrets de licors (disponibles a: <http://fd.comext.eurostat.ec.eu.int/xtweb/mainxtnet.do>).

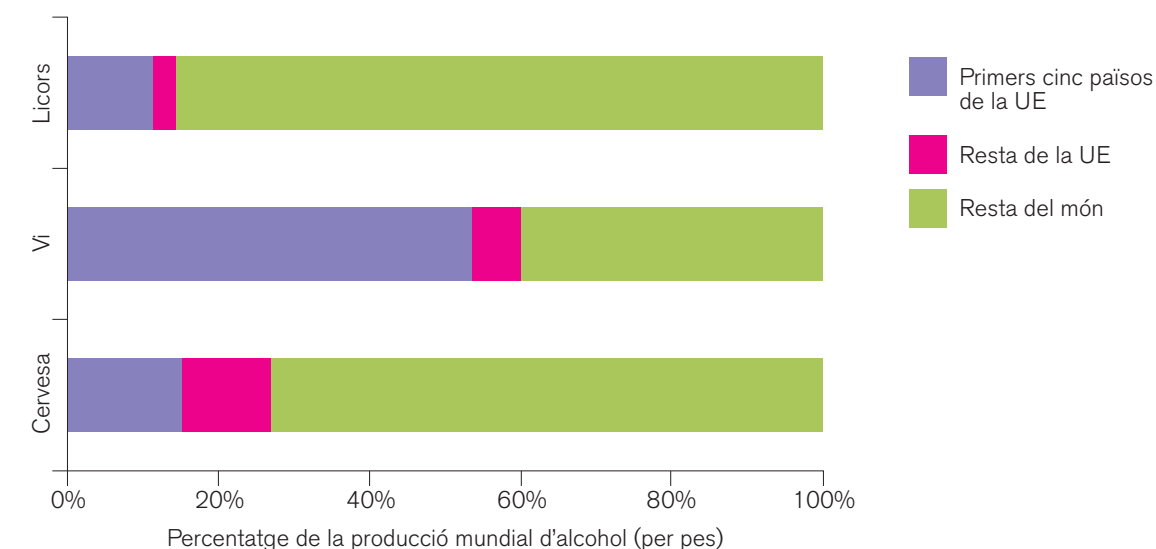


Figura 3.1: Producció mundial de begudes alcohòliques per pes, 2002 (FAOSTAT).⁴

Total

La UE és la font principal d'alcohol a tot el món pel que fa a tots aquests tipus de begudes alcohòliques. A més, és responsable d'un quart de la producció total mundial, és a dir, més del 50% més que la Xina o els EUA.⁴ La UE10 contribueix, aproximadament, amb un 3,5% del total mundial, principalment amb la producció de cervesa, però també amb gairebé un 2% de la producció mundial total de vi i licors. Malgrat el pes considerable de la UE en aquest àmbit, la posició actual encara representa un declivi a escala mundial respecte al passat, ja que, l'any 1961, tan sols cinc països de la UE concentraven un terç de la producció mundial d'alcohol (Alemanya, França, Itàlia, Espanya i el Regne Unit). Aquest canvi no es deu a cap reducció dels nivells de producció, ja que la producció de la UE durant els últims quaranta anys ha augmentat un 150% (tot i la caiguda recent en la producció de vi), però aquesta xifra queda superada per l'augment del 250% que s'ha produït a la resta de la producció mundial registrada (segurament, en part a causa de l'augment de la producció industrial i la reducció de la producció casolana sense registrar).

⁴ L'anàlisi de la producció són càlculs realitzats pels autors fent servir la informació de la base de dades de la divisió estadística de l'Organització de les Nacions Unides per a l'Agricultura i l'Alimentació (FAOSTAT) (<http://apps.fao.org/faostat/>). La informació de FAOSTAT sobre la producció només està disponible en funció del pes. Per a les anàlisis de producció de vi també s'han emprat dades de la PAC, que només estan disponibles en funció del volum.

Comerç

Pel que fa al comerç, Europa encara ocupa un lloc més rellevant a l'economia mundial de l'alcohol: més del 70% de totes les exportacions d'alcohol del món provenen de països europeus⁵ (vegeu la taula 3.1). A més, els sis països del món que exporten més begudes alcohòliques són tots europeus: si se sumen les exportacions de França, el Regne Unit, Itàlia, Espanya, els Països Baixos i Alemanya (per ordre), s'obté més del 60% del total mundial. Els Països Baixos exporten més cervesa que cap altre país del món, tot i que les exportacions estan lleugerament menys concentrades en el cas de la cervesa que amb altres tipus de begudes. Pel que fa a l'exportació de vi i licor, el país líder en exportació (França en el cas del vi, i el Regne Unit en el cas dels licors) i tres quartes parts de les exportacions mundials són europeus, tot i que, durant els darrers anys, els països del *Nou Món* (vegeu més amunt) ocupen una posició cada cop més destacada com a exportadors de vi (Furlani [et al.], 2003). La majoria d'exportacions provenen dels països de la UE15, però alguns països de la UE10 i diversos països candidats també són exportadors destacats d'alcohol, inclosos la República Txeca i Eslovènia (ambdós exportadors de cervesa), Bulgària i Hongria (vi), i Letònia i Polònia (licors).

Taula 3.1: Exportacions mundials d'alcohol segons el valor, 2003.

	Cervesa	Vi	Licors	TOTAL
Exportador principal (> 2% del total mundial)	Països Baixos (22% de les exportacions mundials de cervesa) Alemanya (13%) Bèlgica (7%) Regne Unit (5%) Irlanda (4%) Dinamarca (4%) França (3%)	França (37% de les exportacions mundials de vi) Itàlia (18%) Espanya (9%) Portugal (3%) Alemanya (3%)	Regne Unit (34% de les exportacions mundials de licors) França (17%) Irlanda (5%) Països Baixos (4%) Suècia (4%) Alemanya (4%) Itàlia (3%) Països Baixos (2%)	<i>França (24% de les exportacions mundials d'alcohol)</i> <i>Regne Unit (14%)</i> <i>Itàlia (10%)</i> <i>Espanya (5%)</i> <i>Països Baixos (5%)</i> <i>Alemanya (5%)</i> <i>Irlanda (3%)</i>
Exportador mitjà (0,5-2% del total mundial)	República Txeca Itàlia Portugal Eslovènia Espanya	Bèlgica Països Baixos Regne Unit	Bèlgica Dinamarca	<i>Bèlgica</i> <i>Dinamarca</i> <i>Portugal</i> <i>Suècia</i>

Font: anàlisis dels autors de dades obtingudes de la base de dades FAOSTAT.

⁵ Les anàlisis comercials es realitzen segons el valor i no segons el pes, ja que aquest paràmetre es considera una mesura més important a l'hora d'estudiar el comerç. Aquesta pràctica influeix en els resultats i els decanta a favor dels exportadors de preus més elevats (com França o el Regne Unit), mentre que resta importància al total d'alcohol exportat pels països de la UE10 i els països candidats (com Bulgària o Polònia). No obstant això, fins i tot si les dades s'analitzen segons el pes, dues terceres parts de les exportacions mundials d'alcohol per pes tenen origen a la UE. Totes les dades provenen de les bases de dades New-CRONOS i XTNET d'EUROSTAT. A més, també cal tenir en compte que (com és el cas de moltes de les fonts relatives al comerç) hi pot haver petites divergències en els nivells registrats, per exemple, com a *exportacions del Regne Unit a França* i *importacions de França des del Regne Unit*.

Les dades d'aquesta taula donen una impressió una mica enganyosa d'Europa, considerada com una unitat, atès que una mica més de la meitat de les exportacions van destinades a altres països de la UE i no a la resta del món (figura 3.2). Aquesta xifra encara és més elevada en el cas de la UE10, que exporta el doble d'alcohol als països de la UE15 que als altres membres de la UE10. De fet, els licors són l'única beguda alcohòlica que s'exporta més a fora d'Europa que a la UE. Tot i així, l'any 2002, la UE en conjunt va exportar begudes alcohòliques per valor de 12.000 milions d'euros a la resta del món, principalment, vi (4.400 milions d'euros) i licors (5.400 milions d'euros).

Si s'observa la direcció contrària, poc menys de la meitat de les importacions mundials d'alcohol tenen com a destí els països de la UE, i d'aquestes importacions, només una cinquena part prové de països de fora d'Europa, mentre que la resta té origen a altres països de la UE. Les importacions de vi estan més concentrades a la UE que les importacions d'altres tipus de begudes alcohòliques (el Regne Unit acapara un 20% del total, la quantitat més elevada per a un sol país de tot el món) i, d'altra banda, al voltant d'un terç de les importacions mundials de cervesa i licors van a parar a la UE (els EUA importen més licors que la UE, però no més cervesa). Si tenim en compte el paper dominant de la UE15 en l'exportació, no és sorprenent que la majoria de l'alcohol que arriba a aquests països provingui també d'un altre estat membre de la UE15. A més, els països de la UE10 també importen més begudes alcohòliques d'altres països de la UE10 (al voltant del 20% de les importacions). El vi és la beguda alcohòlica que més s'importa de fora de la UE, mentre que només un percentatge poc significatiu de cervesa prové de països de fora de la Unió (2.300 milions d'euros en el cas del vi, i 100 milions d'euros en el cas de la cervesa).

A la Unió Europea en conjunt, el comerç d'alcohol representa un 1,3% de totes les exportacions i un 0,3% del total d'importacions i, per tant, contribueix amb 8.900 milions d'euros al balanç de béns. Aquest comerç no rep necessàriament la influència de les polítiques europees i nacionals per reduir els problemes relacionats amb l'alcohol. A la UE15, les exportacions ocupen un percentatge molt més significatiu que les importacions, factor que explica el lleuger dèficit comercial de l'alcohol als països de la UE10.

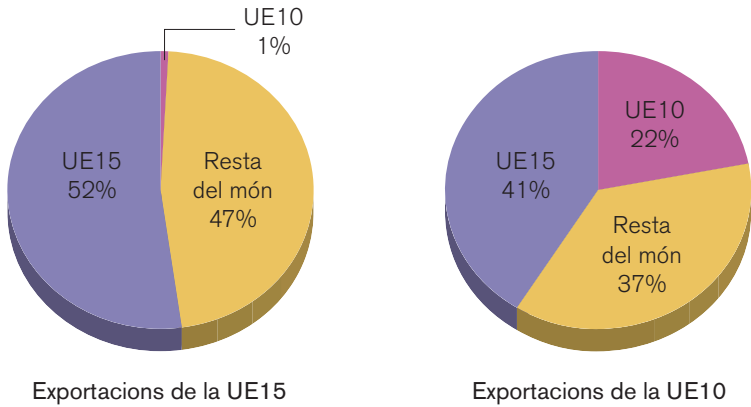


Figura 3.2: Destins de les exportacions d'alcohol de la UE (segons el valor).

Font: anàlisis dels autors de les dades obtingudes de la base de dades XTNET d'EUROSTAT.

Contraban

Més enllà de les xifres oficials, a Europa també existeix el comerç il·legal d'alcohol (vegeu també el capítol 4) que, sovint, es produeix desviant productes que es troben en règim de *suspensió d'impostos*.⁶ La naturalesa d'aquests moviments fa que, com és obvi, sigui difícil obtenir informació estadística fiable sobre el comerç il·legal i, per tant, resulta complicat calcular la magnitud del contraban d'alcohol a Europa. Les úniques estimacions disponibles per als països de la UE15 provenen del Grup Europeu d'Alt Nivell sobre el Frau, segons el qual es calcula que, l'any 1996, el frau amb begudes alcohòliques va representar la pèrdua de 1.500 milions d'euros, que equivaldrien, aproximadament, a un 8% del total anual d'impostos de l'alcohol (Grup Europeu d'Alt Nivell sobre el Frau als Sectors del Tabac i l'Alcohol, 1998). No obstant això, es desconeix la procedència de les dades i no hi ha informació disponible més recent ni que inclogui els països de la UE10. Fins i tot les estimacions nacionals presenten problemes considerables. Per exemple, al Regne Unit l'estimació més precisa del total de pèrdues pels impostos de l'alcohol es troba entre 650 milions de lliures britàniques i zero, una posició que l'oficina nacional d'estadística està intentant rectificar actualment (HM Customs and Excise, 2004).

Les dificultats per avaluar la magnitud del contraban fan que el seguiment de les tendències del comerç il·legal sigui molt complicat. Tot i que el mercat únic i l'augment del moviment de passatgers podria haver incrementat les possibilitats de frau, la informació obtinguda en aquesta esfera indica que les tendències difereixen arreu d'Europa. Per exemple, a Irlanda, el Regne Unit i França s'ha identificat un augment del frau de desviament de productes, mentre que a Portugal, ha crescut l'evasió d'impostos (COM (2004) 223).

Tot i que qualsevol mercaderia amb una càrrega impositiva elevada és propensa a suscitar una activitat fraudulenta, això no vol dir que si s'apliquen uns impostos més baixos i uniformes disminuirà el nivell de contraban (UK Treasury Select Committee, 2000; Well, Gerrard i Hubbard, 2005). De fet, el contraban de tabac (que s'ha analitzat més detalladament) succeïa amb més freqüència des dels països del nord d'Europa, amb uns preus més elevats, als països del sud del continent, on els preus eren més barats (Joossens i Raw, 2000), segurament a causa de la «menor transparència» dels governs dels països del sud d'Europa (Merriman, Yurekli i Chaloupka, 2000). Les diferències de preu són un incentiu per al contraban de mercaderies (especialment el contraban a petita escala en vehicles privats), però qualsevol producte amb una càrrega impositiva elevada, com l'alcohol, és propens al contraban, fet que incrementa la importància de les oportunitats d'aturar qualsevol operació de contraban organitzat a gran escala, que representen la major part del problema de l'alcohol. Per tant, millorar la via executiva pot ser una eina efectiva contra el contraban, tal com s'ha observat al Regne Unit (UK Treasury Select Committee, 2005) i a Espanya (Joossens i Raw, 2000), i com també demostren

⁶ A la CE, les begudes alcohòliques obtenen un règim de suspensió d'impostos quan l'impost només es paga en el moment i el lloc en els quals el producte es comercialitza per al consum. En alguns casos, el contraban i els fraus fiscals ocorren quan els béns es desvien il·legalment des de la destinació que se'ls atribueix (amb un nivell impositiu baix) al país desitjat (amb un nivell impositiu alt). Alguns estats membres creuen que la majoria de comerç il·legal d'alcohol es produeix seguint aquest procediment (Wells, Gerrard i Hubbard, 2005), tot i que d'altres creuen que el contraban a través de les fronteres també és un dels principals problemes (vegeu COM (2004) 223).

diverses mesures incloses al Reglament del Consell sobre la cooperació administrativa en l'àmbit dels impostos especials (16 de novembre de 2004, Reglament 2073/2004).

Quadre 3.1: Contraban d'alcohol.

Per la seva naturalesa, és difícil valorar la magnitud del contraban a la UE.
Tot i així, el Grup Europeu d'Alt Nivell sobre el Frau ha calculat que, l'any 1996, el contraban d'alcohol va comportar unes pèrdues de 1.500 milions d'euros.
Qualsevol producte amb una càrrega impositiva elevada, com l'alcohol, és propens al contraban, però les diferències de preu entre els països europeus tenen poca influència.

Pèrdues impositives i el mercat intern europeu

Deixant de banda les pèrdues impositives que comporten les accions il·legals, qualsevol ciutadà pot eludir legalment els impostos nacionals viatjant a l'estranger, comprant alcohol i portant-lo al seu país. Aquest fenomen és especialment significatiu a certes zones d'Europa on hi ha grans diferències de preu en distàncies molt curtes, com la regió d'Öresund, on la cervesa comprada a Dinamarca costa un 40% menys que a Suècia, o a la zona d'Hèlsinki-Tallinn, on els licors a Estònia costen un 25% menys que a Finlàndia (Karlsso i Tigerstedt, 2005). A diversos països, les compres legals transfrontereres representen un percentatge considerable del consum. Per exemple, l'any 2000, les compres legals transfrontereres a Dinamarca i a Suècia van sumar més d'un 15% de tot l'alcohol consumit (Elinder [et al.], 2003; COM (2004) 223), una xifra que, a Suècia, va augmentar fins a un 25% l'any 2004 (SoRAD, 2005). L'única informació comparativa prové de l'estudi ECAS, segons el qual com a mínim un de cada sis turistes que viatgen a l'estranger torna a casa amb ampolles d'alcohol comprades en un altre país. Als països amb una càrrega impositiva elevada, com el Regne Unit, Finlàndia i Suècia, aquest percentatge inclou més del 50% dels turistes. La quantitat d'alcohol que es compra en aquests països (a l'estudi, Finlàndia, Suècia i el Regne Unit), a més d'Alemanya, és més elevada que a cap altre país (França i Itàlia), i representa una mitjana de dos litres o més d'alcohol pur per persona (vegeu la taula 3.2).

Taula 3.2: Importacions legals d'alcohol dels turistes europeus d'entre 18 i 64 anys d'edat en litres d'alcohol pur per turista (sense tenir en compte l'alcohol que no s'inclou a les franquícies de viatgers indicatives).

	Finlàndia	França	Alemanya	Itàlia	Suècia	Regne Unit
Cervesa	0,3	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1
Vi	0,4	0,1	0,1	0,0	0,3	0,4
Licors	0,2	0,0	0,3	0,0	0,2	0,6
TOTAL*	1,1	0,1	0,5	0,04	0,9	1,4
TOTAL per importador*	2,5	1,4	2,9	0,8	2,3	5,0

*Ajustat a l'alça amb 1,25 punts per corregir el nombre de viatges sense registrar (basat en informació de Suècia).

Font: estudi ECAS (Leifman, 2001).

Segons els informes de diversos països sobre les tendències de les compres legals transfrontereres, el nivell de compra actual representa un clar augment respecte als patrons anteriors. Segurament, aquest increment és degut a la relaxació, durant els últims anys, de les franquícies de viatgers de les compres dins de la UE, a l'increment del nombre de viatges entre els països membres de la Unió i a la globalització en general (vegeu el capítol 4). Per exemple, al Regne Unit s'estima que les pèrdues es van multiplicar per quatre entre 1992 i 1999 (COM (2004) 223), mentre que l'adhesió de Finlàndia, l'any 1995, va multiplicar el nombre d'importacions privades entre tres i deu vegades (Österberg, 1996, citat a Vingilis, Lote i Seeley, 1998). L'adhesió de 10 nous estats membres va comportar la creació de zones veïnes amb diferencials importants de preus (com la zona d'Hèlsinki-Tallinn que s'ha esmentat abans). Des de llavors, a Estònia, les vendes al turisme s'han doblat, i l'adquisició mitjana de vodka per comprador ha augmentat d'un a tres litres (Ahermaa i Josing, 2005). Després d'aquest creixement i amb la posterior disminució dels impostos a Finlàndia, que pretenia restar importància a aquest incentiu (vegeu el capítol 8), l'any 2004, els ingressos de l'erari públic finlandès van disminuir dràsticament, mentre que el govern estonià va registrar un increment igualment dràstic (Österberg, 2005). Els nivells actuals de compres legals transfrontereres podrien augmentar si els estats membres de la Unió Europea aproven altres propostes de legislació europea. Aquest tema es tractarà a l'apartat dedicat als impostos europeus de l'alcohol del capítol 8.

Economies nacionals

Els impostos de l'alcohol, a més de ser una política eficaç per reduir els danys que produeix aquesta substància (vegeu el capítol 6), són una important font d'ingressos per a molts governs nacionals. Les xifres oficials mostren que els impostos de l'alcohol representen entre un 0,5% i un 3% del total de gravàmens recaptats als estats membres de la UE15, amb un total de 25.000 milions d'euros l'any 2001 (COM (2004) 223). No obstant això, aquesta xifra és bastant inferior a l'import que es recaptava anteriorment, quan per la manca d'impostos comercials i impostos sobre la renda sòlids, els gravàmens sobre productes específics representaven una part primordial dels ingressos d'un govern. Per exemple, al final del segle XIX, els impostos de l'alcohol representaven un 40% dels ingressos de l'erari públic britànic (Harrison, 1971), mentre que, d'ençà de l'any 1965, la importància dels impostos sobre béns i serveis específics dels països de l'OCDE s'ha reduït a la meitat (mesurat com un percentatge del total impositiu; OCDE, 2001).

A més dels impostos de l'alcohol, també hi ha diversos gravàmens generals que s'apliquen a les begudes alcohòliques, que l'any 1998, van representar, aproximadament, 34.000 milions d'euros d'impostos sobre vendes generals (IVA; Naert, Naert i Maex, 2001). També hi ha altres impostos que s'apliquen a diversos punts de la cadena de subministrament d'alcohol, com els impostos sobre la renda, les contribucions a la seguretat social nacional per als treballadors, els impostos sobre societats i els impostos sobre activitats econòmiques (Thurman, 2000). Però també cal tenir en compte que, mitjançant la Política Agrària Comuna, 1.500 milions d'euros procedents d'aquests impostos retornen a diferents parts de la cadena de subministrament de begudes alcohòliques (vegeu el capítol 8).

Malgrat que es podria interpretar que els gravàmens procedents de l'alcohol varien en funció del total d'alcohol que es consumeix en un país, la informació obtinguda en aquest àmbit

demostra que aquesta suposició no és correcta. Per exemple, tot i que als països nòrdics es consumeix una quantitat d'alcohol considerablement inferior que a Itàlia i Suïssa, l'import recaptat mitjançant els impostos de l'alcohol és molt més elevat. Si s'estudia tota la Unió Europea amb més detall (figura 3.3), queda clar que no hi ha cap relació aparent entre els ingressos provinents dels impostos de l'alcohol (com a percentatge dels ingressos del govern o com a percentatge del PIB) i el consum per capita. Els indicadors que permeten predir amb més precisió la importància dels impostos de l'alcohol són, doncs, les mitjanes dels percentatges dels impostos de l'alcohol (vegeu el capítol 9), que estan molt relacionades amb els ingressos impositius obtinguts de l'alcohol.⁷ Per contra, aquest fet també demostra la poca elasticitat del preu de les begudes alcohòliques, tot i que aquesta elasticitat és prou rellevant com per exercir un efecte considerable en el consum d'alcohol (l'efectivitat dels impostos des de la perspectiva de la política en matèria d'alcohol es tractarà al capítol 7).

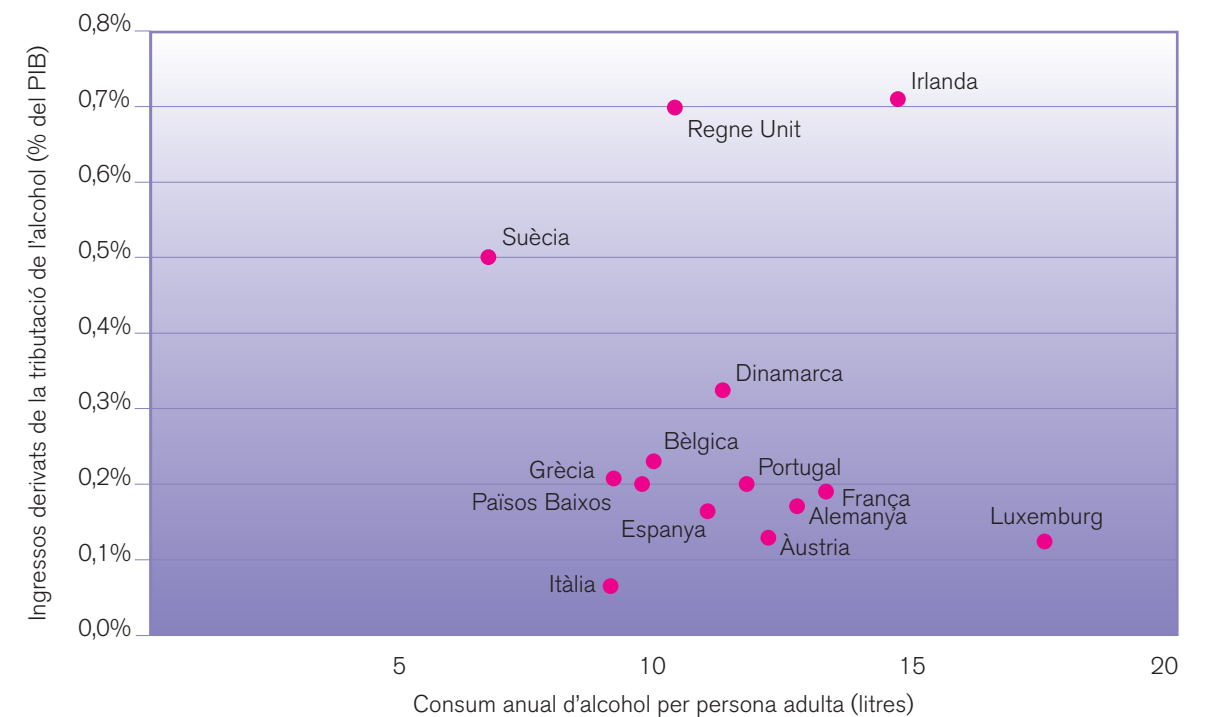


Figura 3.3: Consum d'alcohol i ingressos derivats de la tributació de l'alcohol a la UE15.

Font: EUROSTAT, citat per COM (2004) 223.

⁷ El nivell de despeses en begudes alcohòliques per llar i el preu de l'alcohol també depenen de les càrregues impositives, suposadament per la influència de la tributació en el preu i l'impacte del preu en les despeses familiars. Informació sobre el consum de l'any 2001, obtinguda de la base de dades del projecte Salut per a tots de l'OMS. Informació sobre les despeses per llar obtinguda mitjançant l'estudi sobre despeses familiars d'EUROSTAT de l'any més recent (1999). La informació sobre els preus s'ha obtingut a partir dels índexs de nivell de preus de les begudes alcohòliques d'EUROSTAT de l'any 2001. Les anàlisis han estat elaborades pels autors.

El percentatge i el nivell de despeses en alcohol diferencialment més elevats de tot Europa s'han registrat a Irlanda, on cada llar gasta gairebé 1.700 euros PPA⁸ anuals en alcohol.⁹ Aquesta xifra és tres vegades superior al nivell de qualsevol altre país i més de deu vegades superior al de Grècia (vegeu la figura 3.4). De manera més general, el nivell de despeses és molt més baix als països productors de vi que a la resta de membres de la UE15, fet que deixa veure que els preus de l'alcohol són molt inferiors als països del sud d'Europa (vegeu el capítol 9). La proporció de despeses en diversos tipus de beguda tendeix a seguir el mateix patró que el consum en general (vegeu el capítol 4), tot i que hi ha diverses excepcions, com Grècia on, proporcionalment, la població destina una quantitat superior dels seus ingressos als licors que a Finlàndia, i Bèlgica, on es gasta més en vi que a Espanya. El total de despeses en alcohol ha augmentat a gairebé totes les zones d'Europa des que es va començar a recollir informació sistemàticament l'any 1988 (l'augment es va produir principalment al començament de la dècada dels noranta). Ara bé, el creixement del benestar als països de la UE15 també significa que, a la majoria de països, la part dels ingressos que es destina a l'alcohol és proporcionalment més petita (vegeu la figura 3.4).

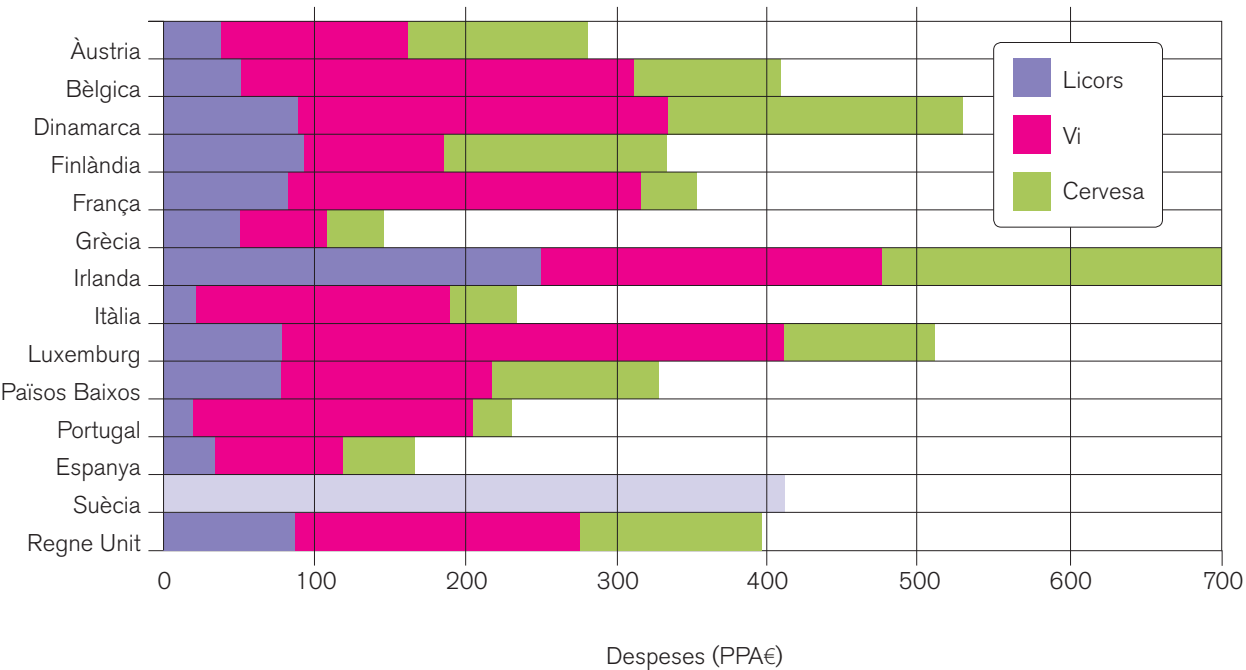


Figura 3.4: Despeses en alcohol per llar a la UE15 l'any 1999.

Notes: l'escala no té en compte les despeses de cervesa a Irlanda, que sumen 1.200 € PPA, ja que aquesta xifra distorsionaria l'escala. Suècia no disposa d'informació específica sobre begudes alcohòliques.

Font: Estudi sobre el pressupost familiar, 1999, EUROSTAT.

⁸ La paritat del poder adquisitiu (PPA) permet comparar els costos segons els preus de diversos països, de manera que un import determinat serveixi per comprar la mateixa quantitat de productes a tot arreu. Els valors que s'obtenen amb aquest mètode són euros ajustats a la paritat de poder adquisitiu (€PPA).

⁹ Anàlisis dels autors a partir de la informació obtinguda del qüestionari d'examen de salut (Health Examination Survey, HES) que es va dur a terme els anys 1988, 1994 i 1999. Informació disponible a EUROSTAT i l'informe de la Comissió Europea sobre els estudis en matèria de salut a Europa entre 1997 i 2000 (Comissió Europea, 2003).

Ocupació

Una altra manera d'enfocar l'economia de l'alcohol és estudiar les xifres de les persones professionalment vinculades a l'alcohol. Les estimacions de l'any 1990 suggereixen que, a la UE15, gairebé 850.000 persones treballaven en la *producció* de begudes alcohòliques, principalment vi (Naert, Naert i Maex, 2001), tot i que resulta difícil calcular el total de persones amb una feina *indirectament* relacionada amb l'alcohol, en àmbits com el màrqueting, la venda al detall, la venda al major i l'embalatge. A la UE15, el Grup Amsterdam (TAG, per les sigles en anglès), finançat per la indústria de les begudes alcohòliques, ha calculat que hi ha uns dos milions i mig de llocs de treball vinculats indirectament a l'alcohol (Naert, Naert i Maex, 2001), però ni el TAG ni els autors de l'estudi no han pogut proporcionar informació detallada sobre com s'ha calculat aquesta xifra.

Fins i tot als principals països productors de vi, la majoria de feines relacionades amb l'alcohol es troben al sector hotel·ler, de la restauració i del càtering (HORECA), que també inclou els pubs i els bars. A Europa, aquest sector és el que ofereix uns salaris més baixos, contràriament al sector de l'elaboració de begudes alcohòliques, en el qual els sous són més alts que els del sector de la fabricació en general (Room i Jernigan, 2000).¹⁰ A més, també engloba més treballadors a temps parcial que la majoria de sectors de serveis a la UE15, tot i que no queda clar si les estimacions sobre ocupació del TAG fan referència a tot tipus d'empleats o només a treballadors equivalents a jornada completa.

Per interpretar aquestes xifres cal tenir en compte que la magnitud de la relació directa entre consum d'alcohol i ocupació als sectors relacionats amb l'alcohol encara no s'ha determinat (vegeu el quadre de la dreta). Malgrat la simplicitat del model implícit que a vegades se suggereix en alguns debats (la reducció del consum comporta una menor producció que condueix a una pèrdua de llocs de treball i, per tant, a un atur més elevat), a la pràctica, la majoria d'aquestes connexions requereixen determinades suposicions que rarament es compleixen plenament (Godfrey i Hartley, 1990). Fins i tot en el cas de la producció, una beguda concreta pot presentar un nivell de consum estable al mateix moment en què augmenta l'atur, tal com demostra la caiguda del 50% que es va produir al sector de l'elaboració de begudes alcohòliques europeu, durant la qual la reducció del consum de cervesa va ser molt menys acusat (Molyneux [et al.], 1993).¹¹

¹⁰ Informació sobre els llocs de treball a temps parcial i els nivells salarials procedents d'anàlisis de la Comissió Europea sobre Estadístiques Estructurals de Negoci i anàlisis dels autors de l'Enquesta de Població Activa, disponible mitjançant EUROSTAT.

¹¹ Càlcul dels autors a partir de les dades d'ocupació obtingudes del TAG (Molyneux [et al.], 1993) i The Brewers of Europe (http://stats.brewersofeurope.org/stats_pages/employees.asp).

Quadre 3.2: Quins aspectes influeixen en els llocs de treball relacionats amb l'alcohol?

En teoria: l'ocupació depèn de molts més factors que la quantitat d'alcohol que es consumeix (Godfrey i Hartley, 1990):

- **Preferències del consumidor (1):** un canvi cap a les begudes produïdes en un altre país pot reduir el nombre de llocs de treball a la producció nacional sense afectar els nivells de consum.
- **Preferències del consumidor (2):** el nombre de llocs de treball als sectors relacionats amb l'alcohol i, especialment, al sector HORECA,ⁱ dependrà de quan i on beguin alcohol les persones, és a dir, per exemple, si prefereixen consumir alcohol als pubs o bars o a casa.
- **Procés laboral:** aquest concepte és particularment important pel que fa als llocs de treball en la producció de begudes alcohòliques. Per exemple, a les destil·leries europees, la producció per empleat va augmentar més d'un 50% entre 1983 i 1989 (Molyneux [et al.], 1993).
- **Altres:** els índexs salarials, el cost del capital i un llarg etcètera de factors econòmics exerceixen influència en els nivells d'ocupació.

A la pràctica: una anàlisi ordinària de les dades d'EUROSTAT mostra que no hi ha cap relació entre les tendències de l'ocupació al sector HORECAⁱ i el consum d'alcohol. A diversos països, els nivells d'ocupació i consum fins i tot avancen en direccions oposades (per exemple, a Itàlia; vegeu la figura 3.5).

Aquests factors suggereixen que, segurament, l'efecte del nivell de consum d'alcohol en els nivells d'ocupació als sectors relacionats amb l'alcohol és relativament pobre.

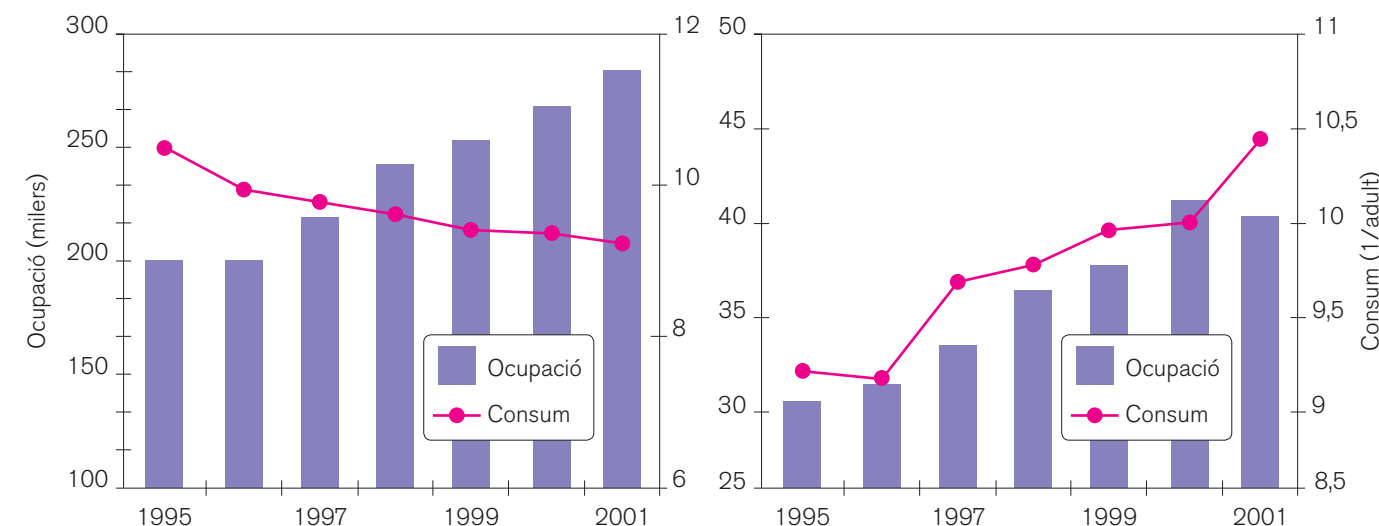
ⁱ *HORECA significa hotels, restaurants i càtering (i també inclou els bars).*

Al sector HORECA,¹² que com s'ha esmentat anteriorment, segons el Grup d'Amsterdam, engloba la major part dels llocs de treball relacionats indirectament amb l'alcohol, la desvinculació entre l'ocupació i el consum d'alcohol és especialment evident. Fent un examen ordinari de la informació d'EUROSTAT als 24 països de la Unió Europea i a tres països més inclosos a l'estudi s'observa que la relació mitjana entre les tendències de l'ocupació al sector HORECA i el consum d'alcohol és igual a zero.¹³ Tot i que hi ha menys informació sobre el nombre de llocs de treball als bars, les dades disponibles apunten la mateixa tendència

¹² HORECA significa hotels, restaurants i càtering (i també inclou els bars).

¹³ Càlcul dels autors a partir de les dades d'EUROSTAT. Cal tenir en compte que aquests càlculs es basen en correlacions bivariades simples sobre un nombre limitat de punts informatius (anys) que, com a tal, són més aviat rudimentaris i no gaire sensibles a les tendències poc sòlides. Per aquest motiu s'han inclòs recomanacions de recerca addicionals (vegeu el capítol 10).

(la manca d'una relació definida queda il·lustrada a les figures 3.5 i 3.6). No hi ha prou informació per comprovar si als bars que es dediquen gairebé exclusivament a comercialitzar alcohol (en lloc d'oferir cafè, menjar, etc.) s'obtidrien uns resultats similars. Aquestes xifres suggereixen tímidament que l'efecte directe dels nivells de consum en els nivells d'ocupació al sector HORECA pot ser relativament baix, tot i que cal dur a terme una recerca més sòlida i exhaustiva per investigar aquesta qüestió més a fons.



Figures 3.5 (Ocupació als bars d'Itàlia; esquerra) i **3.6** (Ocupació als hotels, restaurants i bars de Finlàndia; dreta), que demostren l'heterogeneïtat de la relació entre el consum i els llocs de treball

D'altra banda, la reducció del consum d'alcohol comportaria un augment del marge d'ingressos disponibles per al consum d'altres productes o serveis, que podrien incidir positivament o negativament en l'ocupació total, depenent de l'estructura del nou sector al qual es destinés el consum (Godfrey i Hartley, 1990). Tot i que no s'ha dut a terme cap recerca específica que assenyali les possibles conseqüències d'un descens en el consum d'alcohol, sí que hi ha diversos estudis sobre aquesta qüestió pel que fa al tabac. Segurament, en aquests casos, la situació no serà idèntica a la de l'alcohol, a causa de la diferència en la importància del sector HORECA, però permet observar com els canvis en el consum, motivats per una millora de la salut, poden afectar l'ocupació en general. En una situació de reducció dràstica o abstinència completa del consum de tabac, la majoria d'estudis revisats en un projecte del Banc Mundial i l'Organització Mundial de la Salut estimen que es produiria un *augment* net de llocs de treball a tots els països no productors de tabac (Jacobs [et al.], 2000). En el cas dels EUA, on la producció de tabac es concentra en zones concretes, s'estima que l'augment de llocs de treball a les regions on no es produeix tabac superaria la pèrdua de feines a les regions productores de tabac. Tot i que aquesta informació no aclareix quina seria la direcció del resultat net en el cas de l'alcohol, sí que posa de manifest la fal·làcia d'emprar el nombre de llocs de treball relacionats amb l'alcohol com a indicador del cost que comportaria una reducció del consum.

En aquest punt, cal remarcar que aquestes afirmacions no neguen la importància dels sectors relacionats amb l'alcohol a la UE. Com s'ha esmentat anteriorment, a Europa hi ha un nombre considerable de llocs de treball vinculats a l'alcohol, i la producció de begudes alcohòliques és

una activitat econòmica molt rellevant. Potser el més important és realitzar més investigacions sobre el tema, no només per determinar l'efecte pràctic de les polítiques de control de l'alcohol en l'economia, sinó també per estimar, amb la màxima transparència, el nombre de llocs de treball vinculats a l'alcohol i els factors que determinen els canvis en el nivell d'ocupació (vegeu l'apartat «Recomanacions», al capítol 10). No obstant això, des de la perspectiva de l'elaboració de polítiques en matèria d'alcohol, les dades disponibles actualment, encara que limitades, suggereixen que un canvi en el consum no comportaria necessàriament un augment o una pèrdua de llocs de treball a l'economia en conjunt, i potser ni tan sols causaria grans canvis en l'ocupació als sectors relativament lligats a l'alcohol, com els restaurants i els bars.

El cost social de l'alcohol a Europa

En l'àmbit europeu, cada cop més, els problemes socio-sanitaris s'expressen com un valor monetari únic en el que s'anomena un estudi de *costos socials* o *costos de la malaltia* (The ASPECT Consortium, 2004; Peterson [et al.], 2005). De manera similar, la idea original d'aquest estudi incloïa la necessitat d'elaborar una estimació del cost social de l'alcohol a Europa, i en aquest capítol s'analitzarà un nou càlcul realitzat per a aquest informe. A causa de les limitacions temporals i econòmiques, aquesta estimació es basa en la revisió més exhaustiva d'estudis d'àmbit nacional que s'ha realitzat fins aquest moment. En aquest capítol i al capítol 6 es presenten els resums dels resultats obtinguts i, a més, a Baumberg i Anderson (lliurat) s'inclou una anàlisi detallada de la metodologia i els resultats.

Cal tenir en compte des de bon principi que un estudi del cost social no valora la relació cost-efectivitat de les polítiques (en cas que n'hi hagi). Les estimacions sobre els costos socials són un punt de partida per investigar les contribucions econòmiques més que no pas un punt final. Al final d'aquest capítol es tractarà la importància de realitzar anàlisis complementàries, com anàlisis de la rendibilitat. A més a més, sovint les xifres s'interpreten o es fan servir de manera incorrecta. Per aquest motiu, qualsevol persona que llegeixi aquest informe i vulgui utilitzar aquestes xifres hauria de consultar el quadre 3.3 per assegurar-se que els resultats s'empren acuradament. Tot i que aquest estudi representa una millora important respecte a les estimacions anteriors sobre el cost social de l'alcohol a Europa, encara hi ha molts dubtes metodològics, que s'estudien en aquest capítol i que proporcionen informació per a les recomanacions del capítol 10. No obstant això, els resultats que s'inclouen a continuació són les estimacions més precises per valorar la importància dels danys atribuïts a l'alcohol a l'Europa contemporània. Esperem que, a més de l'interès intrínsec que puguin despertar, també aportin un estímul acadèmic i polític per dur a terme més activitats pràctiques i més estudis d'investigació.

Mètode

Un dels problemes constants dels estudis sobre costos socials és l'eclecticisme de les metodologies que s'empren als diversos treballs. Per evitar aquesta dificultat, en aquesta revisió els estudis s'han dividit en els diversos components del cost (per exemple, la salut o la delinqüència) i s'ha estudiat la metodologia emprada amb cadascun dels components. Així doncs, els que compleixen un estàndard metodològic determinat s'han avaluat d'acord amb l'indicador adequat (per exemple, el total de despeses en salut), i a les estimacions finals només s'han inclòs els estudis que respecten aquest estàndard. Els estàndards metodolò-

gics exactes es detallen a Baumberg i Anderson (lliurat), però, en general, es basen, sempre que ha estat possible, en la Guia sobre l'estimació dels costos de l'abús de substàncies de l'Organització Mundial de la Salut (Single [et al.], 2003).

L'estudi engloba 21 estudis europeus (amb 9 estudis internacionals més emprats per a les anàlisis de sensibilitat), tot i que, per a diversos components dels costos, només un petit nombre d'estudis compleixen els estàndards metodològics, tal com s'aprecia a la taula 3.3.

Quadre 3.3: Quatre mètodes per no malinterpretar un estudi de costos socials

- 1 Què significa el cost social de l'alcohol?** El cost social de l'alcohol és el cost que representa per a la societat qualsevol cosa que ocorri a Europa l'any 2003 i que no hauria esdevingut en un món sense alcohol. Aquest concepte no mostra l'import que es podria haver estalviat aplicant una mesura política concreta (vegeu el capítol 6), com tampoc no mostra l'import que es podria estalviar si l'alcohol deixés d'existir d'un dia per l'altre (alguns dels costos són conseqüències inevitables del consum d'alcohol anterior).
- 2 Els costos intangibles representen un cost econòmic real?** Els costos intangibles de l'alcohol són una manera de transformar els danys no monetaris, com el dolor o la pèrdua de vides, en una xifra monetària. Això vol dir que no tenen valor econòmic a la vida real i no es poden comparar amb d'altres costos econòmics, com el PIB o les despeses d'un hospital. Malgrat tot, no només presenten una imatge més completa de la magnitud dels problemes relacionats amb l'alcohol, sinó que, a més, eviten haver de tractar la mort d'algunes persones com un *benefici* per a la societat.
- 3 Qui es fa càrrec d'aquests costos?** L'alcohol comporta un cost per a tota la societat i no només per als governs (a França i Austràlia, s'estima que el govern es fa càrrec d'entre un 15% i un 25% dels costos tangibles). Tot i que la persona que consumeix alcohol és qui paga part d'aquests costos, també hi ha una quantitat important de despeses, considerades efectes externs, que corren a càrrec de tercers (vegeu l'explicació al text). La pèrdua de vides representa la major part dels costos intangibles, que sovint recauen en els consumidors, tot i que no sempre és així. I el cost intangible de la dependència de l'alcohol (per als membres de la família) i la delinqüència supera el 25% del total.
- 4 Quin valor tenen els beneficis socials de l'alcohol?** Molt pocs beneficis de l'alcohol han estat avaluats, tot i que els beneficis per a la salut sí es tenen en compte a l'hora de calcular els costos sanitaris i els costos intangibles per pèrdua de vides. També cal recordar que l'aspecte econòmic de l'alcohol, és a dir, els llocs de treball i el valor econòmic afegit, no es poden considerar simplement beneficis socials (vegeu l'explicació al text). Els impostos tampoc no són un benefici social, ja que només són una transferència de diners entre diversos grups socials, tot i que, òbviament, serien rellevants a l'hora d'analitzar el cost per als governs. Als futurs estudis sobre aquesta qüestió s'hauria d'incloure un nombre més elevat de beneficis socials de l'alcohol, malgrat els problemes metodològics que això comporta.

Taula 3.3: El cost social de l'alcohol a diversos estudis.^A

Pais	Any del cost	Total de costos tangibles		Total de costos per capita (incl. costos intangibles)		Salut	Tractament	Prevençió	Delinqüència	Dany per delinqüència	Dany per accidents de trànsit	Pèrdua de productivitat per la pèrdua de vides	Absentisme	Desocupació
		% PIB	PA € 2003 ^B	% de salut gastat	% de DOP ^C	% de PIB (per mil)								
Bèlgica (finançat pel sector) [1]	1999	2,4	586	2,6	< 0,1	1,4 ^D					6,2	4,7	< 0,1	2,3
	1996	0,9	218	3,4		10,5					1,2	1,7	0,4-0,5	
	1990	1,3-1,8	482-823	0,9-1,4	1,2	0,5-0,6			0,6			6,5-10,3	0,5-0,6	
França [4,5]	1997	1,2-1,4	256-300	2,4		< 0,1					2,7-2,8	4,4-6,5	0,4-0,5	
	1996	-	-	0,2-0,3		-			-		-	-	-	
Alemanya [7]	1995	1,1	253	2,3	0,2	< 0,1					0,4	3,7	0,8	
	2003	1,6	447	4,4		7,8							7,8	
Itàlia [9]	1994	0,7-0,8	134-153	1,7-1,9	0,2							1,3-1,6	1,7-1,8	
	1999	1,8	113	n/c	0,5						1,7			
Països Baixos [11]	2000	0,7	171	0,3	0,2	1,4 ^D	0,7							2,4
	1996	0,3	78	0,7	0,2				0,7				< 0,1	
Noruega [13]	2001	1,2-2,1	447-729	0,7-1,3	1,0-1,6	1,9					< 0,1	1,6-9,3	1,0-1,1	0,6
	1995	0,5	73	0,5	< 0,1						0,7	0,9	< 0,1	
	2001-2002	0,7	296-360	1,4	< 0,1	14,4							0,9	1,3
Esllovàquia [16]	1994	3,1	292	4,9		16,9						5,4	6,6	12,1

Esllovènia [17]	2002	0,3	50	0,5								2,6	0,1	
Espanya [18]	1998	0,7	129	2,4	0,3	< 0,1	2,6						1,4	
Suècia [19]	1998	5,5	1.194	5,5		2,4	3,6	1,0				9,6	7,1	
Suïssa [20]	1998	0,5-0,7	435-482	1,4	0,1						0,3	1,4-2,6		0,6
Anglaterra i Gal·les [21]	2001	1,5-1,7	456-497	2,8-3,3	0,1		10,6	1,6				2,6	2,0	2,4
Mitjana UE				2,3	0,5	0,2 ^F	12,4	0,9			1,7 ^D	3,9	1,6	1,5
Mínim UE				1,4	0,1	< 0,1	10,6	0,6			D	2,6	1,0	0,6
Màxim UE				3,3	1,5	2,4	13,9	1,5			D	6,5	2,0	2,4
Austràlia [22, 23]	1998/1999	0,9-1,0	286-315	n/c			8,4-15,9 ^G				1,2	n/c	0,1	
Canadà [24]	1992	0,9-1,3	195-265	1,3-1,6	0,4	0,2	12,3				0,7	2,5-5,4		
Japó [25]	1993	1,9	381	4,9							< 0,1	2,6	0,1	
Nova Zelanda [26]	1990	4,7	4.289	n/c								8,2	0,2	
Nova Zelanda [27]	1991	1,4-2,4	234-386	1,3			25,0-51,6					0,3-0,6		3,8-11,3
Nova Zelanda [28]	1996	-	-	-		-	-	-			1,7	-	-	
EUA [29, 30]	1992	2,3	666-731	1,5	0,5		6,4 ^G	< 0,1			1,2	4,2		
EUA [31]	1985	1,7	447	1,1			9,2 ^G	< 0,1			0,6	5,7		
EUA [32]	1995	-	-	-		-	-	-			1,0	-	-	

LES XIFRES MARCADES AMB COLOR GRIS SÓN LES QUE COMPLEXIEN ELS CRITERIS METODOLÒGICS PER A AQUELL COMPONENT CONCRET DELS COSTOS I, PER TANT, SÓN LES QUE S'HAN INCLÒS ALS VALORS MITJANS/MÍNIMS/MÀXIMS DEL RESUM.

Notes: n/c significa que la metodologia emprada *no és comparable* amb altres estudis. **(A)** No s'inclouen els tipus de costos que només s'han analitzat en un sol estudi. Les xifres poden variar de les xifres registrades als resums dels estudis, ja que s'han extret de diversos valors registrats detalladament a l'estudi original, i s'exclouen els costos que no figuren a la part teòrica d'aquest estudi (principalment, pagaments de transferència). **(B)** El cost total s'ha elevat al nivell dels preus de l'any 2003 i s'ha ajustat al poder adquisitiu. **(C)** DOP = despeses en ordre públic. **(D)** Vegeu l'anàlisi a *Mètodes i Resultats*, a Baumberg i Anderson (llicurat). **(E)** Només s'inclouen els costos per al govern. **(F)** La mitjana de *prevenció* no inclou Suècia com a valor extrem. **(G)** L'estudi s'ha ajustat a la baixa per al paper causal de l'alcohol.

[1] Pacolet, J., Degreef, T., and Bouten, R. (2004). Analyse des coûts sociaux et bénéfices en matière de consommation et d'abus d'alcool en Belgique: synthèse [Analysis of the social costs and benefits due to the consumption and abuse of alcohol in Belgium: executive summary].

[2] Sundhedsministeriet [Ministry of Health] (1999). "De samfundsøkonomiske konsekvenser af alkoholforbrug" [The Economic consequences of alcohol consumption] in Denmark]. 2nd edition. Copenhagen, Denmark: Ministry of Health. <http://www.im.dk/publikationer/alkoholrapport/index.htm>

[3] Salomaa, J. (1995). "The Costs of the Detrimental Effects of Alcohol Abuse Have Grown Faster Than Alcohol Consumption in Finland." *Addiction*, 90(4): 525-37.

[4] Kopp, P. and Fenoglio, P. (2000). Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France [The social costs of licit (alcohol and tobacco) and illicit drugs in France]. Étude n° 22 . Paris, France: Observatoire français des drogues et des toxicomanies.

[5] Fenoglio, P., Parel, V., and Kopp, P. (2003). "The Social Cost of Alcohol, Tobacco and Illicit Drugs in France, 1997." *European Addiction Research*, 9(1): 18-28.

[6] Reynaud, M., Gaudin-Colombel, A. F., and Le Pen, C. (2001). "Two Methods of Estimating Health Costs Linked to Alcoholism in France (With a Note on Social Costs)." *Alcohol and Alcoholism*, 36(1): 89-95.

[7] Bergmann, E. and Horch, K. (2002). Kosten alkoholassoziierter Krankheiten: Schätzung für Deutschland [The cost of alcohol-related illness: estimates for Germany]. Berlin, Germany: Robert Koch-Institute.

[8] Byrne, S. (2000). The cost of alcohol-related problems in Ireland. Dublin Institute of Technology.

[9] Collicelli, C. (1996). "Income From Alcohol and the Costs of Alcoholism: an Italian Experience." *Alcologia*, 8(2): 135-43.

[10] Baltic Data House (2001). Economic research about the influence of taxes imposed on alcohol and influence of price policy on alcohol consumption; research about accidents caused by alcohol intoxication. Riga, LV: Market and Social Research Group, Baltic Data House, Baltic Institute of Social Sciences.

[11] KPMG. (2001). Excessive alcohol consumption in the Netherlands: trends and social costs. Hoofddorp: KPMG Economic Consulting.

[12] Muizer, A. P., Reinhard, O. P. M., and Rood-Bakker, D. S. (1996). Externaliteiten van alcohol gebruik: naar een doeltreffend alcoholbeleid [Social costs: externalities of alcohol consumption, costs and benefits for third parties]. Rotterdam: Netherlands: Netherlands Economics Institute (NEI) on behalf of the Dutch Foundation for the Responsible Use of Alcohol (STIVA).

[13] Gjelsvik, R. (2004). Counting the economic costs caused by alcohol. Norway: Directorate for Health and Social Affairs, the Rokkan Centre, and the Norwegian Institute for Alcohol and Drug Research (SIRUS).

[14] Lima, E. and Esquerdo, T. (2003). The economic costs of alcohol misuse in Portugal. Working Paper Series No. 24. Núcleo de Investigação em Microeconomia Aplicada, Universidade do Minho.

[15] Guest, J. and Varney, S. (2001). Alcohol misuse in Scotland: trends and costs. Scottish Executive.

[16] Koziková, I. E. (1995). Estimation of the social costs caused by alcoholism: draft material of the former Socioeconomic Analyses Department of the National Centre for Health Promotion (Social Programs Division). Selection and translation by Nociar, A., General Secretariat of the Ministerial Board for the Drug Dependencies and Drug Control.

[17] Sesok, J. (2003). Indicators of harmful alcohol drinking in Slovenia in the year 2002 [in Slovenian]. Ljubljana: Institute of Public Health of the Republic of Slovenia.

[18] García-Sempere, A. and Portella, E. (2002). "Los Estudios Del Coste Del Alcoholismo: Marco Conceptual, Limitaciones y Resultados En España [Studies of the Cost of Alcoholism: Concepts, Limitations and Results From Spain]." *Addicciones*, 14(Suplemento 1): 141-53.

[19] Johnson, A. (2000). Hur mycket kostar supen? [How much for the booze?]. Stockholm: Sober.

[20] Jeanrenaud, C., Priez, F., Pellegrini, S., Chevrou-Severac, H., and Vitale, S. (2003). Le coût social de l'abus d'alcool en Suisse [The social costs of alcohol in Switzerland]. Neuchâtel, Switzerland: Institut de recherches économiques et régionales, Université de Neuchâtel.

[21] Leontaridi, R. (2003). Alcohol misuse: How much does it cost? London: Cabinet Office.

[22] Collins, D. and Lapsley, H. (2002). Counting the cost: estimates of the social costs of drug abuse in Australia in 1998-9. Canberra: Australian Government Printing Service.

[23] Collins, D. and Lapsley, H. (1996). The social costs of drug abuse in Australia in 1988 and 1992. Canberra: Australian Government Printing Service.

[24] Single, E., Robson, L., and Xie, X. (1996). The costs of substance abuse in Canada : a cost estimation study. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse.

[25] Nakamura, K., Tanaka, A. and Takano, T. (1993). "The social cost of alcohol abuse in Japan." *Journal of Studies on Alcohol*, 54(5):618-25.

[26] Easton, B. (1997). The social costs of tobacco use and alcohol misuse. Wellington, New Zealand: Department of Public Health, Wellington School of Medicine.

[27] Devlin, N. J., Scuffman, P. A., and Bunt, L. J. (1997). "The Social Cost of Alcohol Abuse in New Zealand." *Addiction*, 92: 1491-505.

[28] Miller, T. R. and Blewden, M. (2001). "Costs of Alcohol-Related Crashes: New Zealand Estimates and Suggested Measures for Use Internationally." *Accident Analysis and Prevention*, 33: 783-91.

[29] Harwood, H., Fountain, D., and Livermore, G. (1998). The economic costs of alcohol and drug abuse in the United States – 1992. Report prepared for the National Institute on Drug Abuse (NIDA) and the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), National Institutes of Health, Department of Health and Human Services (NIH Publication No. 98-4327). Washington ed. Rockville, MD: National Institutes of Health.

[30] Harwood, H., Fountain, D., and Livermore, G. (1999). "Cost Estimates for Alcohol and Drug Abuse." *Addiction*, 94(5): 631-34.

[31] Rice, D. P., Kelman, S., Miller, L. S., and Dunmeyer, S. (1990). The Economic Cost of Alcohol and Drug Abuse and Mental Illness 1985. Report submitted to the Office of Financing and Coverage Policy of the Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration. San Francisco: Institute for Health and Aging, University of California. DHHS Publication No. (ADM) 90-1694.

[32] Miller, T. R., Lestina, D. C., and Spicer, R. S. (1998). "Crash Costs in the United States by Age, Blood Alcohol Level, Victim Age, and Restraint Use." *Accident Analysis and Prevention*, 30(2): 137-50.

Les estimacions finals mostren el cost que va comportar el consum total d'alcohol, actual i passat, per a la societat de la Unió Europea l'any 2003, comparant-lo amb una societat sense alcohol (exceptuant els costos sanitaris; vegeu l'apartat «Beneficis socials», més endavant). Tot i que una societat sense alcohol no és necessàriament l'element comparatiu més útil, permet calcular les conseqüències de l'alcohol i, fins ara, ha estat el mètode més utilitzat als estudis que s'han analitzat (les implicacions que comporta i les recomanacions sobre estudis més detallats s'inclouen a continuació). També és important tenir en compte que les xifres estimades no inclouen els costos de transferència, és a dir, les grans quantitats de diners que un grup de la societat lliura a un altre grup a causa dels efectes de l'alcohol, com, per exemple, les ajudes per invalidesa. Malgrat que aquests costos no són rellevants per a la perspectiva del *costos socials* que adopten la majoria dels estudis analitzats, sí que són de gran importància per als *costos externs*, que sovint es tenen en consideració a l'hora d'elaborar polítiques en matèria d'alcohol. Aquest aspecte es tractarà més detalladament al final d'aquest capítol.

Resultats principals

L'any 2003, el cost tangible total de l'alcohol per a la Unió Europea va ser de 125.000 milions d'euros (entre 79.000 i 220.000 milions d'euros), equivalent a un 1,3% del PIB (0,9%-2,4%), tal com mostra la taula 3.4. Les despeses reals dedicades als problemes relacionats amb l'alcohol sumen 66.000 milions d'euros, i la pèrdua de producció potencial a causa de l'absentisme, l'atur i la mortalitat prematura representa un detriment de 59.000 milions d'euros més. A la figura 3.7, que il·lustra com els costos s'estenen a diversos àmbits de la vida humana, el cost tangible total es desglossa en diversos components (els components també s'analitzen al capítol 6).

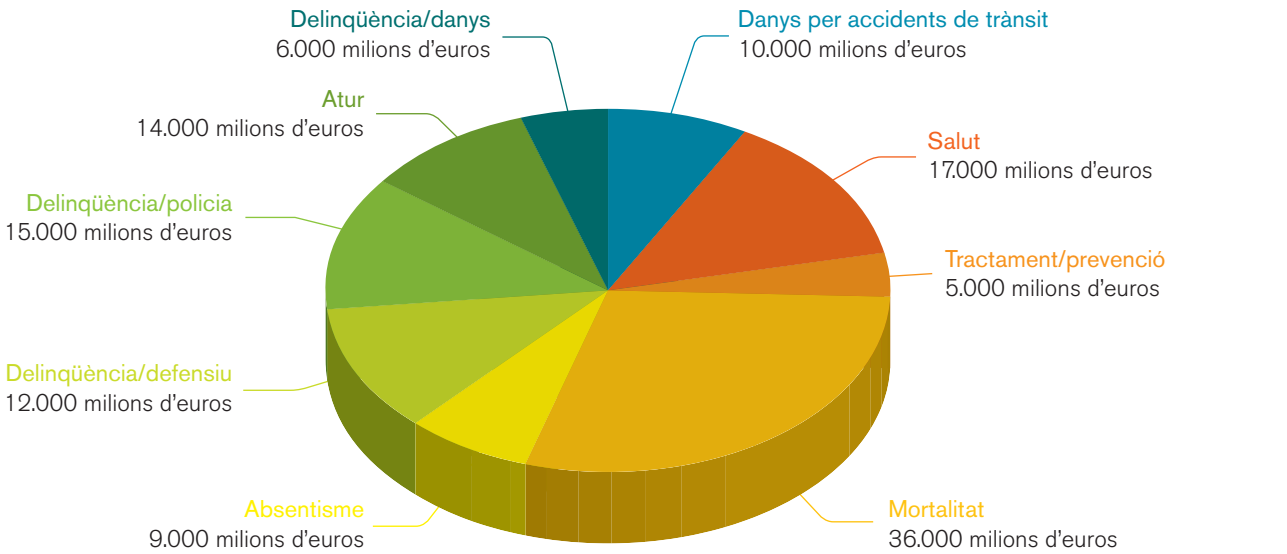


Figura 3.7: Cost tangible de l'alcohol a Europa l'any 2003, dividit per components.

En aquesta figura s'ha emprat el mètode convencional per valorar els costos relatius a la salut i la mortalitat als estudis de costos socials i, per tant, més enllà d'algunes diferències metodològiques, les xifres són comparables amb una estimació recent sobre els costos del tabac a Europa (entre 98.000 i 130.000 milions d'euros l'any 2000) (The ASPECT Consortium, 2004). Dos altres estudis realitzats durant els últims anys també proporcionen algunes estimacions sobre el cost social de l'alcohol a Europa. Segons el primer estudi, que inclou cinc estudis diferents i va ser elaborat en el marc d'un projecte de l'OMS-EURO, l'any 2001, els costos socials de l'alcohol a Europa van representar entre un 1% i un 3% del PIB, és a dir, entre 100.000 i 300.000 milions d'euros (Gutjahr i Gmel, 2001). Més recentment, un projecte més ampli sobre el cost dels trastorns cerebrals a Europa ha permès calcular el cost total dels trastorns addictius (alcohol i drogues) que, l'any 2004, van superar els 55.000 milions d'euros, amb una despesa addicional de 50.000 milions d'euros pels actes de delinqüència vinculats al consum d'alcohol i drogues (Andlin-Sobocki i Rehm, 2005). Excepcionalment, aquests càlculs es basen en el cost per persona dependent de l'alcohol, malgrat que menys d'una cinquena part dels costos per mortalitat prematura a Alemanya són deguts a persones amb trastorns per consum d'alcohol (Bergmann i Horch, 2002). Per calcular els resultats presentats anteriorment s'ha fet servir una metodologia molt més detallada que en aquests dos estudis i, per tant, s'han pogut obtenir uns resultats més precisos.

Taula 3.4: El cost social de l'alcohol a Europa, 2003.

	Cost (en milers de milions d'euros)	Mínim (en milers de milions d'euros)	Màxim (en milers de milions d'euros)
Costos tangibles: directes			
Atenció sanitària	17	11	28 ^A
Tractament i prevenció ^C	5	1	18
Delinqüència: policia, jutjats i presons	15	13	24 ^B
Delinqüència: defensa i assegurances ^C	12	7	17 ^B
Delinqüència: danys a la propietat	6	3	16 ^B
Accidents de trànsit: danys	10	6	16
Subtotal	66	40	118 ¹
Costos tangibles: pèrdues de productivitat			
Absentisme ^C	9	9	19
Atur ^C	14	6	23
Mortalitat prematura	36	24	60
Subtotal	59	39	102
TOTAL de costos tangibles	125	79	220 ¹
Costos intangibles			
Efectes psicosocials i conductuals ^D	68	37	68
Delinqüència: patiment de les víctimes ^D	12 ^F	9 ^F	52 ^{B, F}
Pèrdua de vida saludable ^E	258 ^F	145 ^F	712 ^F
TOTAL de costos intangibles ^F	270 ^G	154 ^G	764 ^G

¹ Els totals no són igual a la suma de les parts perquè les xifres s'han arrodonit. **Notes:** **(A)** No inclou els beneficis per a la salut, i les xifres del mínim i del titular representen l'efecte net comparat amb el nivell de consum d'alcohol amb un risc més baix. **(B)** Cost de la delinqüència *relacionada amb* l'alcohol i no *causada per* l'alcohol i, per tant, xifra màxima del cost de l'alcohol. **(C)** Àmbits dels costos en els quals hi ha més incertesa. **(D)** Costos extrets d'un sol estudi. **(E)** No inclou la pèrdua de vides per homicidi per evitar comptar dues vegades els costos intangibles de la delinqüència. **(F)** L'estimació principal està basada en una valoració dels anys de vida ajustats per qualitat (AVAQ) de tres vegades el PIB per capita de cada país (amb una mitjana de 64.000 euros a la UE25); el valor mínim és igual a 32.000 euros l'any de vida ajustat per qualitat (AVAQ) i el valor màxim, 158.000 euros l'any de vida ajustat per qualitat (AVAQ) [les explicacions sobre aquestes xifres es detallen a Baumberg i Anderson (lliurat) i també es poden obtenir dels autors]. **(G)** Efectes psicosocials i conductuals exclosos del subtotal de costos intangibles per evitar comptar dues vegades la pèrdua de vida saludable.

A més dels costos monetaris tangibles, l'alcohol també comporta un cost intangible d'entre 152.000 i 764.000 milions d'euros, que inclou el valor que donen les persones a la vida, el dolor i el patiment com a conseqüència de la delinqüència i la pèrdua de vida saludable causades per l'alcohol. Com s'explica al quadre 3.3, aquest cost intangible no és una *pèrdua econòmica* en el sentit habitual del terme i no es pot comparar, per exemple, amb el PIB (no es pot sumar simplement al cost tangible, atès que tots dos conceptes inclouen valors estimats de pèrdua de vides però els càlculs es realitzen de maneres diferents). Tot i així, representa una estimació més precisa del cost econòmic i humà total de l'alcohol a la UE i, d'altra banda, evita diversos problemes amb la manera tangible de valorar la vida humana (vegeu més endavant).

Qüestions metodològiques

Tot i que en aquest estudi s'han salvat algunes de les dificultats dels estudis anteriors, hi ha diverses qüestions metodològiques que cal tenir en compte. En primer lloc, les estimacions estan subjectes a un gran marge d'error, tal com queda patent a tots els estudis sobre els costos de la malaltia (Single i Easton, 2001). A més, la limitada informació disponible i la manca d'estudis de qualitat als països de la UE10 han fet que sigui impossible calcular els costos referents a qualsevol mesura de danys a escala nacional. Hi ha dades que demostren que els costos poden variar considerablement segons el país (vegeu els capítols 4, 5 i 6) i, per tant, només s'inclouen els costos estimats a la UE en conjunt. Per tal de superar aquestes limitacions, al capítol 10 s'esmenten breument algunes recomanacions per a la recerca.

El segon problema té relació amb les suposicions dels estudis sobre costos socials (Single [et al.], 2003), com els diversos percentatges emprats per reduir els costos futurs a valors presents. La majoria d'estudis consideren que la pèrdua de producció per l'atur atribuïble a l'alcohol no es pot substituir amb altres persones sense feina, tot i que aquesta afirmació és discutible (Maynard, Godfrey i Hardman, 1994). En un estudi danès que, en canvi, va emprar la suposició que aquests llocs de treball quedarien coberts després d'un període de tres mesos, la xifra obtinguda per a aquest component dels costos va ser 100 vegades inferior, malgrat que els autors d'aquest projecte creuen que, tenint en compte la situació econòmica actual, la suposició original és més precisa (Sundhedsministeriet [Ministeri de Salut], 1999).

Un altre problema prové de l'aplicació de la mateixa lògica de l'alcohol i l'ocupació, esmentats al paràgraf anterior, en una altra esfera: si desapareguessin les despeses en alcohol,

la mateixa suma de diners es destinaria a un altre bé de consum o servei. No obstant això, és molt possible que les despeses en alcohol se substituïssin per un altre bé que també impliqués certs costos socials. Per tant, es recomana (vegeu el capítol 10) que el mateix estudi que investiga l'impacte econòmic de la modificació del consum d'alcohol en l'economia en general també examini els costos potencials de les opcions que podrien substituir aquest producte.

Malgrat aquestes preocupacions constants, el nombre de danys potencials sense valorar indica que la xifra estimada podria ser un càlcul a la baixa del veritable cost social brut de l'alcohol (tot i que l'omissió dels beneficis socials que s'inclouen a l'apartat següent fa que sigui impossible determinar si la xifra del cost net és una estimació a l'alça o a la baixa). Els danys sense valorar inclouen la reducció de la productivitat al lloc de treball (Gjelsvik, 2004), (vegeu també alguns intents tímids a Single, Robson i Xie, 1996; Harwood, Fountain i Livermore, 1998; García-Sempere i Portella, 2002; Jeanrenaud [*et al.*], 2003), part dels delictes perpetrats per persones que havien consumit alcohol i drogues (Collins i Lapsley, 2002; Pernanen [*et al.*], 2002), els danys a la propietat causats per accidents laborals (Bergmann i Horsch, 2002; EUROSTAT, 2004), els costos per a l'ocupador i els retards en els desplaçaments a causa dels accidents de trànsit per conducció sota els efectes de l'alcohol (Miller, Lestina i Spicer, 1998; Miller i Blewden, 2001), els costos de l'administració d'assegurances (Collicelli, 1996), els costos de l'administració dels pagaments de benestar social (Harwood, 2000; Harwood, Fountain i Livermore, 1998) (Salomaa, 1995; Single, Robson i Xie, 1996) i la pèrdua de productivitat de diversos col·lectius, com els presoners, les víctimes d'actes de delinqüència i els cuidadors (Salomaa, 1995; Collicelli, 1996; Brecht, Poldrugo i Schädlich, 1996; Harwood, Fountain i Livermore, 1998; Bergmann i Horsch, 2002).

Beneficis socials

Malgrat que només una petita part dels estudis analitzats tenen en compte part dels beneficis socials que comporta el consum d'alcohol (vegeu també el quadre 3.3), per calcular les estimacions presentades anteriorment s'han tingut en consideració els beneficis socials que comporta l'alcohol per a dos components dels costos. El primer, els costos intangibles de la pèrdua de vides, es basa en els anys de vida ajustats per invalidesa, després de comptabilitzar els beneficis actuals de l'alcohol per a la salut en comparació amb una situació d'abstinència, i es basa en l'estudi Global Burden of Disease (vegeu el capítol 6). El segon, els costos sanitaris, es basa en un estudi de costos suís (Jeanrenaud [*et al.*], 2003) en el qual s'han calculat els beneficis actuals de l'alcohol per a la salut en una situació de consum baix.¹

¹ La comparació ideal per analitzar els beneficis socials seria el nivell de consum d'alcohol amb un risc més reduït per a la salut (és a dir, el *nadir*, que equivaldria al consum baix d'alcohol en algunes franges d'edat; vegeu el capítol 5). Tot i així, l'ajust potencial més precís per al cost estimat va ser la situació de consum baix d'alcohol emprada a l'estudi suís. A més, no es van poder tornar a calcular les xifres de l'estudi Global Burden of Disease per a aquesta situació. No obstant això, com s'analitza al capítol 6, la diferència entre aquestes situacions alternatives és molt menys marcada pel que fa als anys de vida perduts que pel que fa al nombre de morts, fet que suggereix que l'efecte d'aquesta discrepància podria ser relativament minso.

Hi ha diversos beneficis addicionals que no s'han inclòs en aquest estudi per motius de metodologia:

- 1 L'alcohol pot comportar un possible «estalvi del cost» que representen les persones que no treballen i moren prematurament, ja que deixen de consumir recursos.** Les implicacions que es deriven d'aquesta afirmació han demostrat ser problemàtiques si no s'interpreten correctament, atès que es podria arribar a pensar que les vides de les persones de més de 55 anys d'edat són un cost net per a la societat (Meltzer, 1997).² Per evitar aquest conflicte, es pot valorar la vida d'acord amb la disponibilitat de cadascú per fer-se càrrec dels costos per modificar els riscos per a la salut (la perspectiva intangible que s'ha esmentat anteriorment) i no simplement segons la seva contribució a l'economia (la perspectiva tangible).
- 2 A més, l'alcohol també pot representar un «estalvi dels costos» de sanitat, ja que les persones que moren prematurament ja no tenen possibilitat de contraure una malaltia amb un tractament que comporti unes despeses més elevades,** especialment en el cas de la prevenció de malalties mortals (Bonneux [*et al.*], 1998). Segons un estudi que analitza aquest aspecte, si s'*eliminessin* els danys per a la salut atribuïbles a l'alcohol augmentarien els costos derivats de l'atenció sanitària durant la convalescència, però es reduirien les despeses generals al sistema sanitari (aquestes despeses encara es reduirien més a causa dels «costos» dels beneficis de l'alcohol per a la salut; Collins i Lapsley, 2002). No obstant això, aquest mètode només s'ha emprat fora d'Europa i no és compatible ni amb els mètodes dels estudis europeus que s'han inclòs en aquest informe ni amb altres estimacions a escala europea, com és el cas de les malalties cardíaques (Peterson [*et al.*], 2005) i l'hàbit tabàquic (The ASPECT Consortium, 2004).
- 3 Segurament, el benefici principal de l'alcohol prové del plaer que experimenten les persones quan beuen (vegeu el capítol 4 i Leontaridi, 2003).** Tot i que els economistes han elaborat mètodes teòrics per valorar aquest factor (Leontaridi, 2003), hi ha algunes suposicions sobre la naturalesa de l'addició que poden resultar problemàtiques (Easton, 1997; Aslam [*et al.*], 2003), a més de diverses dificultats metodològiques importants a l'hora de realitzar aquest tipus d'estimacions sobre el consum d'alcohol. De fet, dels estudis europeus revisats, cap no tracta aquest tema (Collins i Lapsley, 2002).
- 4 És possible que l'alcohol aporti altres beneficis externs, ja que pot «catalitzar» les interrelacions socials i contribuir en la creació de xarxes socials o capital social.** Tot i així, aquests beneficis solen ser anecdòtics i no tenen una base empírica. No hi ha cap estudi que hagi intentat valorar aquest aspecte i, a més, es desconeix quina base metodològica hauria de recolzar aquest tipus de valoració (Leontaridi, 2003).

Anàlisis econòmiques i legislació

Com impliquen les anàlisis anteriors d'aquest capítol, cal recordar que el cost social de l'alcohol no s'ha de determinar conjuntament amb el paper econòmic de les begudes al-

² Òbviament, la majoria de persones de més de 55 anys encara es consideren laboralment productives, però l'edat de 55 anys és el punt en el qual (almenys als EUA) el consum habitual de recursos vitals supera la producció habitual durant la vida d'una persona.

cohòliques (Lehto, 1995; Leontaridi, 2003). Fins i tot en la situació hipotètica que s'empra per a l'anàlisi de les dades als estudis de costos (que l'alcohol desaparegués d'un dia per l'altre), el resultat depèn de la magnitud del sector en qüestió (Single *[et al.]*, 2003). En el cas d'una producció a petita escala, és raonable assumir que els recursos es tornaran a utilitzar a un nivell similar a mitjà o llarg termini. En el cas de sectors més grans, hi pot haver un impacte negatiu important per a l'economia nacional segons si el sector és un dels exportadors principals, si les despeses per al consum s'enfoquen a productes produïts al país o no, i si els fons que es destinen a la producció de vi mitjançant la PAC es dediquen a un ús laboral intensiu, com els serveis públics.

Els costos socials estimats més amunt no s'han de considerar conjuntament amb altres anàlisis econòmiques. Com s'esmenta al quadre 3.3, el cost social no és el mateix que el cost extern, és a dir, el cost del consum d'alcohol d'una persona per a les altres persones de la societat. Aquest cost es basa en una perspectiva que prové de la teoria econòmica segons la qual els governs haurien d'establir un nivell de gravàmens per a l'alcohol per tal que els costos globals de la decisió de consumir alcohol s'incloguin en el preu de les begudes (Godfrey, 2004). No hi ha cap estudi europeu que hagi intentat calcular cap cost fent servir aquesta base, tot i que sí que hi ha estudis d'aquest tipus a altres economies desenvolupades, com els EUA (Manning *[et al.]*, 1989; Heien i Pittman, 1993) i Nova Zelanda (Barker, 2002). Estudiar les implicacions d'aquests estudis aplicats a la situació europea és una tasca complicada, ja que, per una banda, la definició de cost *extern* varia enormement segons el cas, i, per l'altra, cal tenir en compte que, als EUA, els costos sanitaris de les persones que consumeixen alcohol solen ser despeses privades, mentre que a Europa són majoritàriament despeses públiques. Tot i així, hi ha un estudi europeu, elaborat a França (Fenoglio, Parel i Kopp, 2003), que divideix el cost total en diversos sectors de la societat i, d'aquesta manera, determina que les empreses privades es fan càrrec de la major part dels costos (48%), mentre que els consumidors d'alcohol i altres membres de la societat només suporten un 38% dels costos i els governs s'encarreguen només d'un 14%.

Tot i que els estudis sobre els efectes externs de l'alcohol són una eina molt útil a l'hora d'elaborar polítiques en matèria d'alcohol, cal recordar que, òbviament, no tenen en consideració l'ampli ventall de costos dels quals es fa càrrec la persona que consumeix alcohol. A més, són molt més efectius quan s'elaboren juntament amb estudis sobre els costos socials que no pas quan els substitueixen, especialment si es tenen en compte dos resultats força conflictius de les suposicions de molts dels estudis sobre efectes externs: la primera, que qualsevol problema familiar (com els que afecten la parella o els fills del bevedor) s'ha de considerar un cost privat, i la segona, que les persones que consumeixen alcohol raonen perfectament i coneixen bé els riscos que comporta l'alcohol quan decideixen beure (Collins i Lapsley, 2002; Single *[et al.]*, 2003). Això no implica necessàriament que els costos externs hagin de ser més baixos que els costos socials, atès que hi ha diversos costos importants que *no* es tenen en compte en un estudi de costos socials i que s'haurien de calcular amb un estudi d'efectes externs, especialment el tipus general de «transferències» de diners que inclou les despeses governamentals de benestar social.

Salut i èxit econòmic

Els estudis sobre els costos de la malaltia representen un «primer pas molt útil» (Suhrcke *[et al.]*, 2005) per mostrar la importància dels danys que es deriven d'una afecció o un factor de risc determinats. No obstant això, i a més de la manca de solidesa metodològica, aquests

estudis presenten certs inconvenients, com els aspectes *que no inclouen* i que, tal com suggereix el quadre 3.3, fan referència a diferents qüestions molt rellevants per a les polítiques. En la majoria de casos, l'escenari que es valora en contraposició a la realitat, és a dir, un món sense alcohol, implica que aquest tipus d'estudis no indiquen si una opció política determinada produirà un benefici social o no.

A més a més, les estimacions sobre els costos socials o externs s'han de considerar un punt de partida i no el punt final de les contribucions econòmiques al procés de creació de polítiques. Com destaquen Collins i Lapsley (2000), cal que els pròxims estudis se centrin en:

- 1 Quantificar el percentatge de costos que es poden evitar.
- 2 Avaluar les inversions que cal destinar a les polítiques per evitar aquests costos.
- 3 Controlar l'efectivitat de les polítiques resultants per reduir els costos.

Paral·lelament, en un informe recent finançat per la Comissió Europea es destaca que «com que el capital humà influeix en els resultats econòmics i la salut és un component important del capital humà, les qüestions relacionades amb la salut influeixen en els resultats econòmics» (Suhrcke *[et al.]*, 2005:9). Aquesta afirmació comporta una conclusió similar, segons la qual les anàlisis de costos i beneficis de les intervencions a la salut pública «representarien el pas final i necessari per permetre una comparació directa entre el rendiment de les inversions en matèria de salut i altres usos dels recursos econòmics» (Suhrcke *[et al.]*, 2005:14). En aquest marc, el programa CHOICE de l'Organització Mundial de la Salut representa un avenç prometedori en aquesta direcció. Aquest tema s'analitzarà al final del capítol 7.

Conclusió

L'alcohol és un component principal de la vida social, cultural i econòmica dels ciutadans europeus, i els països d'Europa dominen el mercat mundial de l'alcohol. Molts europeus treballen en la producció, la venda i la publicitat de les begudes alcohòliques i molts governs d'Europa recapten més d'un 1% dels ingressos impositius mitjançant impostos de l'alcohol. No obstant això, a causa de la poca elasticitat del consum d'alcohol, els ingressos derivats de la tributació de l'alcohol depenen principalment del nivell impositiu d'un govern i no del nivell de consum (els efectes dels impostos s'estudien més detalladament al capítol 7). A més, una anàlisi ordinària de la situació permet observar que els canvis en el consum de begudes alcohòliques no comporten cap efecte important en el nombre de llocs de treball als sectors vinculats amb l'alcohol, fet que suggereix que l'efecte podria ser relativament pobre, mentre que les anàlisis realitzades en altres esferes indiquen que l'impacte econòmic dels canvis en un producte de consum depèn de la manera com els consumidors modifiquin els seus patrons de compra. Tot i que cal seguir investigant aquest aspecte, sembla que els canvis en el consum de les begudes alcohòliques no afecten necessàriament l'economia en conjunt, malgrat el pes de la indústria de les begudes alcohòliques a molts països europeus.

D'altra banda, l'alcohol comporta un cost social que, l'any 2003, va representar un cost tangible aproximat de 125.000 milions d'euros (entre 79.000 i 220.000 milions d'euros) per a la Unió Europea en conjunt. Aquesta xifra s'aproxima molt al cost que comporta el tabac per a

Europa (entre 98.000 i 130.000 milions d'euros l'any 2000). Aquestes estimacions no tenen en compte el valor que les persones atribueixen a la vida, el dolor i el patiment causats per la delinqüència i la pèrdua de vida saludable deguts a l'alcohol, que representa, aproximadament, un cost de 270.000 milions d'euros anuals (tot i que amb diferents mètodes de valoració la xifra varia entre 150.000 i 760.000 milions d'euros). Per calcular aquests costos es tenen en compte els beneficis que comporta l'alcohol per a la salut (majoritàriament, per a les malalties cardíques), però no s'inclouen els beneficis socials. Un cop analitzat l'impacte econòmic de l'alcohol, als pròxims dos capítols s'estudiarà la influència de l'alcohol en la salut, tant en l'àmbit individual com europeu.

Bibliografia

Ahermaa, E. i Josing, M. (2005). "Estonian Alcohol Market." Presentation at Alcohol - use, harms and policy. A research-based Nordic-Baltic seminar, Riga, October 3, 2005 [conference proceeding]

Andlin-Sobocki, P. i Rehm, J. (2005). "Cost of Addiction in Europe." *European Journal of Neurology*, 12(S1): 28-33.

Aslam, S., Barham, L., Bramley-Harker, E., Dodgson, J. i Spackman, M. (2003). Alcohol in London: a cost-benefit analysis. London, UK: A Final Report for the Greater London Authority Prepared by NERA. http://www.london.gov.uk/mayor/health/drugs_and_alcohol/docs/cost_benefit_alcohol.pdf

Baumberg, B. i Anderson, P. (submitted). "How much does alcohol cost Europe? A review and estimate of the social cost in 2003."

Barker, F. (2002). Consumption externalities and the role of Government: the case of alcohol. Working Paper 02/25. New Zealand Treasury. <http://www.treasury.govt.nz/workingpapers/2002/02-25.asp>

Bergmann, E. i Horsch, K. (2002). Kosten alkoholassoziierter Krankheiten: Schätzung für Deutschland [The cost of alcohol-related illness: estimates for Germany]. Berlin, Germany: Robert Koch-Institute. <http://www.rki.de/FORSCH/FOR2/FORGBE/AN33.PDF>

Bonneux, L., Barendregt, J. J., Nusselder, W. J. i Van der Maas, P. J. (1998). "Preventing Fatal Diseases Increases Healthcare Costs: Cause Elimination Life Table Approach." *British Medical Journal*, 316: 26-29. <http://bmj.com/cgi/content/full/316/7124/26>

Brecht, J. G., Poldrugo, F. i Schädlich, P. K. (1996). "Alcoholism: The Cost of Illness in the Federal Republic of Germany." *PharmacoEconomics*, 10(5): 484-93.

Collicelli, C. (1996). "Income From Alcohol and the Costs of Alcoholism: an Italian Experience." *Alcolgia*, 8(2): 135-43.

Collins, D. i Lapsley, H. (2000). Economic evaluation of policies and programmes: further uses of estimates of the social costs of substance abuse. Bulletin on Narcotics. Vienna: United Nations International Drug Control Programme

Collins, D. i Lapsley, H. (2002). Counting the cost: estimates of the social costs of drug abuse in Australia in 1998-9. Canberra: Australian Government Printing Service.

[http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/health-pubhlth-publicat-mono.htm/\\$FILE/mono49.pdf](http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/health-pubhlth-publicat-mono.htm/$FILE/mono49.pdf)

Easton, B. (1997). The social costs of tobacco use and alcohol misuse. Public Health Monograph. 2 ed. Wellington, New Zealand: Department of Public Health, Wellington School of Medicine.

Elinder, L. S., Joossens, L., Raw, M., Andréasson, S. i Lang, T. (2003). Public health aspects of the EU Common Agricultural Policy: developments and recommendations for change in four sectors (fruit and vegetables, dairy, wine and tobacco). Sweden: National Institute for Public Health. http://www.fhi.se/upload/PDF/2004/English/eu_inlaga.pdf

Euromonitor i just-drinks.com (2005). The just-drinks/Euromonitor International industry review 2004-2010. Bromsgrove, UK: Aroq Ltd.

European Commission (2003). Health in Europe: results from 1997-2000 surveys. http://epp.eurostat.cec.eu.int/cache/ITY_OFFPUB/KS-57-03-184/EN/KS-57-03-184-EN.PDF

Eurostat (2004). Statistical analysis of socio-economic costs of accidents at work in the European Union. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2004. http://epp.eurostat.cec.eu.int/cache/ITY_OFFPUB/KS-CC-04-006/EN/KS-CC-04-006-EN.PDF

Fenoglio, P., Parel, V. i Kopp, P. (2003). "The Social Cost of Alcohol, Tobacco and Illicit Drugs in France, 1997." *European Addiction Research*, 9(1): 18-28.

Furlani, A. i col. (2003). Ex-post evaluation of the Common Market Organisation for wine. Tender AGRI / EVALUATION / 2002 / 6. Prepared for European Commission - DG Agriculture. http://ec.europa.eu/comm/agriculture/eval/reports/wine/index_en.htm

García-Sempere, A. i Portella, E. (2002). "Los Estudios Del Coste Del Alcoholismo: Marco Conceptual, Limitaciones y Resultados En España [Studies of the Cost of Alcoholism: Concepts, Limitations and Results From Spain]." *Addicciones*, 14(Suplemento 1): 141-53. <http://www.irefrea.org/Publications/Spanish/Spanish.htm>

Gjelsvik, R. (2004). Utredning av de samfunnsmessige kostnadene relatert til alkohol [Counting the economic costs caused by alcohol]. Norway: Directorate for Health and Social Affairs, the Rokkan Centre, and the Norwegian Institute for Alcohol and Drug Research (SIRUS).

Godfrey, C. (2004). "The Financial Costs and Benefits of Alcohol." Paper presented to the European Alcohol Policy Conference: Briding the Gap, Warsaw, 16-19 June 2004 [conference proceeding] <http://www.eurocare.org/btg/conf0604/papers/godfrey.pdf>

Godfrey, C. i Hartley, K. (1990). "Employment." Pp.204-25 in Preventing alcohol and tobacco problems volume 1: the addiction market, Edited by A. Maynard and P. Tether. Aldershot, UK: Avebury.

Gutjahr, E. i Gmel, G. (2001). "The Social Costs of Alcohol Consumption." Pp.133-44 in Mapping the Social Consequences of Alcohol Consumption, Edited by H. Klingemann and G. Gmel. Dordrecht, the Netherlands: Kluwer Academic Publishers on behalf of WHO-EURO.

Harrison, B. (1971). Drink and the Victorians: the Temperance Question in England: 1815-72, London: Faber.

Harwood, H. (2000). Updating estimates of the economic costs of alcohol abuse in the United States: estimates, update methods and data. Report prepared by The Lewin Group for the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/economic-2000/>

Harwood, H., Fountain, D. i Livermore, G. (1998). The economic costs of alcohol and drug abuse in the United States – 1992. Report prepared for the National Institute on Drug Abuse (NIDA) and the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), National Institutes of Health, Department of Health and Human Services (NIH Publication No. 98-4327). Washington ed. Rockville, MD: National Institutes of Health. <http://www.nida.nih.gov/EconomicCosts/Index.html>

Heien, D. M. i Pittman, D. J. (1993). "The External Costs of Alcohol Abuse." *Journal of Studies on Alcohol*, 54: 302-7.

High Level Group on Fraud in the Tobacco and Alcohol Sectors (1998). Report to Directors General for Customs and Indirect Taxation. http://ec.europa.eu/comm/taxation_customs/taxation/excise_duties/circulation_control/studies_reports/index_en.htm

HM Customs and Excise (2004). Measuring and tackling indirect tax losses - 2004. HMSO. customs.hmrc.gov.uk/channelsPortalWebApp/downloadFile?contentID=HMCE_PROD_011582

Jacobs, R., Gale, H. F., Capehart, T. C., Zhang, P. i Jha, P. (2000). "The Supply-Side Effects of Tobacco-Control Policies." Pp.311 in *Tobacco Control in Developing Countries*, Edited by P. Jha and F. J. Chaloupka. Oxford University Press for the World Bank and World Health Organization.

Jeanrenaud, C., Priez, F., Pellegrini, S., Chevreu-Severac, H. i Vitale, S. (2003). *Le coût social de l'abus d'alcool en Suisse [The social costs of alcohol in Switzerland]*. Neuchâtel, Switzerland: Institut de recherches économiques et régionales, Université de Neuchâtel.

Jernigan, D. (1997). *Thirsting for markets: the global impact of corporate alcohol*. The Marin Institute.

Joossens, L. i Raw, M. (2000). "How Can Cigarette Smuggling Be Reduced?" *British Medical Journal*, 321: 947-50. <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/321/7266/947>

Karlsson, T. i Tigerstedt, C. (2005). "Alcohol Policy: Changing Climate and Changing Structures in the Nordic Countries." Presentation at Alcohol - use, harms and policy. A research-based Nordic-Baltic seminar, Riga, October 3, 2005 [conference proceeding]

Koizol, M. (2003). *Zubrowka: Polish vodka and cultural geographic indicators*. Trade and Environment Database Case Studies. <http://www.american.edu/ted/polish-vodka.htm>

Lehto, J. (1995). *The economics of alcohol policy*. WHO-EURO.

Leifman, H. (2001). "Estimations of Unrecorded Alcohol Consumption Levels and Trends in 14 European Countries." *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift (Nordic Studies on Alcohol and Drugs)*, 18(English Supplement): 54-70.

Leontaridi, R. (2003). *Alcohol misuse: How much does it cost?* London: Cabinet Office. <http://www.number10.gov.uk/files/pdf/econ.pdf>

Manning, W. G., Keeler, E. B., Newhouse, J. P., Sloss, E. M., i Wasserman, J. (1989). "The Taxes of Sin: Do Smokers and Drinkers Pay Their Way?" *Journal of the American Medical Association*, 261: 1604-9.

Maynard, A., Godfrey, C., i Hardman, G. (1994). "Conceptual Issues in Estimating the Social Costs of Alcohol." *International Symposium on the Economic Costs of Substance Abuse*, Banff, Canada; May 11-13th 1994. [conference proceeding] <http://www.ccsa.ca/pdf/ccsa-005409-1994.pdf>

Meltzer, D. (1997). "Accounting for Future Costs in Medical Cost-Effectiveness Analysis." *Journal of Health Economics*, 16: 33-64.

Merriman, D., Yurekli, A. i Chaloupka, F. J. (2000). "How Big Is the Worldwide Cigarette Smuggling Problem?" *Tobacco control in developing countries*, Edited by P. Jha and F. J. Chaloupka. OUP for the World Bank and World Health Organization.

Miller, T. R. i Blewden, M. (2001). "Costs of Alcohol-Related Crashes: New Zealand Estimates and Suggested Measures for Use Internationally." *Accident Analysis and Prevention*, 33: 783-91.

Miller, T. R., Lestina, D. C. i Spicer, R. S. (1998). "Crash Costs in the United States by Age, Blood Alcohol Level, Victim Age, and Restraint Use." *Accident Analysis and Prevention*, 30(2): 137-50.

Molyneux, R., G. de Ryck, Kegels, B. i Naert, P. (1993). "The Socio-Economic Impact of the European Alcoholic Drinks Industry." *Alcohol beverages and European society: a report by the Amsterdam Group*.

Naert, P., Naert, S. i Maex, D. (2001). "The Socio-Economic Impact of the European Alcoholic Beverages Industry." Pp.32-39 in *The Amsterdam Group Report 2001*, TAG.

OECD (2001). *Consumption tax trends: VAT/GST, excise and environmental taxes*. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) Publications. <http://www1.oecd.org/publications/e-book/2301111e.pdf>

Österberg, E. (2005). "Taxes and Border Trade." Presentation at Alcohol - use, harms and policy. A research-based Nordic-Baltic seminar, Riga, October 3, 2005 [conference proceeding]

Pernanen, K., Cousineau, M-M., Brochu, S., i Sun, F. (2002). *Proportion of crimes associated with alcohol and other drugs in Canada*. Canadian Centre for Substance Abuse.

Peterson, S., Peto, V., Rayner, M., Leal, J., Luengo-Gernandez, R. i Gray, A. (2005). *European cardiovascular disease statistics (2005 edition)*. British Heart Foundation Health Promotion Research Group and Health Economics Research Centre, Department of Public Health, University of Oxford. <http://www.heartstats.org/topic.asp?id=4540>

Room, R. i Jernigan, D. (2000). "The Ambiguous Role of Alcohol in Economic and Social Development." *Addiction*, 95(Supplement 4): 523-35.

Salomaa, J. (1995). "The Costs of the Detrimental Effects of Alcohol Abuse Have Grown Faster Than Alcohol Consumption in Finland." *Addiction*, 90(4): 525-37.

Single, E., Collins, D., Easton, B., Harwood, H., Lapsley, H., Kopp, P. i Wilson, E. (2003). *International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse*. 2, World Health Organization.

Single, E. i Easton, B. (2001). "Estimating the Economic Costs of Alcohol Misuse: Why We Should Do It Even Though We Shouldn't Pay Too Much Attention to the Bottom-Line Results." *Kettil Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol meeting in Toronto* [conference proceeding] <http://www.eastonbh.ac.nz/article107.html>

Single, E., Robson, L. i Xie, X. (1996). The costs of substance abuse in Canada: a cost estimation study [Full report]. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse.

SoRAD (2005). Konsumtionsutvecklingen månad för månad och i rullande 12-månadersperioder från juni år 2000 och framåt, uppdaterad t.o.m. mars 2005 [The month-for-month and rolling 12-month developments in alcohol consumption since June 2000, updated March 2005] SoRAD, Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogsforskning, Stockholms universitet. http://www.sorad.su.se/doc/uploads/alcohol_statistics/konsumtion.pdf

Spitzer, A. A. (2002). The wine pact: 'New World' wines change the industry. Trade and Environment Database Case Studies. <http://www.american.edu/TED/wine-pact.htm>

Suhrcke, M., McKee, M., Sauto Arce, R., Tsoleva, S. i Mortensen, J. (2005). The contribution of health to the economy in the European Union. European Communities. http://ec.europa.eu/comm/health/horiz_publications_en.htm

Sundhedsministeriet [Ministeri de Salut] (1999). "De samfundsøkonomiske konsekvenser af alkoholforbrug" [The Economic consequences of alcohol consumption" in Denmark]. 2nd edition. Copenhagen, Denmark: Ministry of Health. <http://www.im.dk/publikationer/alkoholrapport/index.htm>

Taylor, L. (2004). Ouzo, Trade i Culture. Trade and Environment Database Case Studies. <http://www.american.edu/TED/ouzo.htm>

The ASPECT Consortium (2004). Tobacco or health in the European Union: past, present and future. European Commission.

Thurman, C. (2000). "Alcohol Drinks: Demand and Supply." Pp.79-123 in The Alcohol Report, Edited by Martin Plant and D. Cameron. London: Free Association Books.

Tighe, A. i Bussett, A. 2004. British Beer and Pub Association Statistical Handbook 2004, London: Brewing Publications Limited.

UK Treasury Select Committee (2000). HM Customs and Excise: Second Report of the Session 1999-2000. HMSO. <http://www.parliament.the-stationery-office.co.uk/pa/cm199900/cmselect/cmtreasy/cmtreasy.htm>

UK Treasury Select Committee (2005). Excise duty fraud. London: The Stationery Office Limited. <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200405/cmselect/cmtreasy/126/12602.htm>

Vingilis, E., Lote, R. i Seeley, J. (1998). "Are Trade Agreements and Economic Cooperatives Compatible With Alcohol Control Policies and Injury Prevention?" Contemporary Drug Problems, 25(Fall): 579-620.

Wells, M., P. Gerrard, i D. Hubbard (2005). "Oral Evidence to the Treasury (Sub-)Committee on Excise Duty Fraud, 17 Nov 2004." Pp.Ev1-Ev12 in Excise Duty Fraud: fourth report of session 2004-05, Edited by House of Commons Treasury Committee. London: The Stationery Office Ltd.

4 El consum d'alcohol a Europa

La Unió Europea és la regió on més alcohol es consumeix de tot el món, tot i que els 11 litres d'alcohol pur anuals per persona adulta representen una reducció considerable comparats amb els 15 litres per persona que es van registrar a mitjan anys setanta. Durant els últims 40 anys, s'ha identificat certa harmonització del consum a la UE15, amb augments a Europa central i del nord entre els anys seixanta i vuitanta i una reducció constant al sud del continent. El consum mitjà a la UE10 se situa més a prop del de la UE15 que mai, malgrat que dins la UE10 la variació encara és considerable. Tot i que la majoria d'uropeus consumeixen alcohol, 55 milions d'adults (15%) són abstemis. Si tenim en compte aquesta xifra i el consum sense registrar, el consum anual per bevedor és de 15 litres anuals. A Europa del nord, l'abstinència ha disminuït mentre que, a la resta del continent, s'ha mantingut constant, fet que suggereix que els nivells d'abstinència i de consum fluctuen amb força independència.

Poc menys de la meitat de les begudes alcohòliques es consumeixen en forma de cervesa (44%), mentre que la resta es divideix entre vi (34%) i licors (23%). Als països de la UE15 del nord i del centre d'Europa, la beguda alcohòlica que més es consumeix és la cervesa, mentre que, als països del sud d'Europa, la beguda més popular és el vi (tot i que Espanya pot ser una excepció). Aquest fenomen és relativament recent, ja que l'harmonització entre les diverses zones de la UE15 només ha quedat palesa durant els últims quaranta anys. A la majoria de països membres de la UE15, aproximadament un 40% de les ocasions de consum d'alcohol es concentren al sopar, tot i que, al sud d'Europa, es consumeix més alcohol durant el dinar que en cap altra zona. A més, el nivell de consum diari també mostra un gradient nord-sud, i el nivell de consum freqüent és més elevat als països del centre d'Europa, tot i que les dades recollides a tota la UE15 mostren una recent harmonització.

El consum d'alcohol fins a l'embriaguesa varia segons la regió, amb menys episodis d'embriaguesa al mes entre els europeus del sud. Aquest patró queda atenuat quan s'analitzen les dades sobre el consum intensiu —un patró de consum que supera un nombre determinat de begudes alcohòliques en una sola ocasió—, que suggereixen que hi ha diferències sistemàtiques a l'hora de proporcionar voluntàriament informació sobre els episodis d'intoxicació o la durada de cada episodi de consum. Els estudis sobre el consum intensiu també mostren excepcions ocasionals del patró nord-sud, que indiquen, concretament, que Suècia presenta un dels índexs més baixos d'episodis de consum intensiu de la UE15. En conjunt, els adults dels països de la UE15 afirmen haver-se embriagat de mitjana cinc vegades l'any, però haver experimentat un consum intensiu (cinc o més consumicions en una sola ocasió) 17 vegades l'any. D'acord amb aquestes xifres, 40 milions de ciutadans de la UE15 consumeixen alcohol de manera excessiva cada mes, mentre que 100 milions de ciutadans (un de cada tres) experimenten episodis de consum intensiu, com a mínim, un cop al mes. Malgrat que hi ha molta menys informació disponible sobre la UE10, les dades existents indiquen que part del consum de vi se substitueix pel consum de licors, la freqüència de consum és menor i la freqüència de consum intensiu és superior que als altres països de la UE15.

Mentre que 266 milions d'adults consumeixen fins a 20 g d'alcohol diaris en el cas de les dones, o 40 g d'alcohol diaris en el cas dels homes, més de 58 milions d'adults (15%) beuen per sobre d'aquests nivells, dels quals 20 milions (6%) consumeixen més de 40 g d'alcohol al

dia en el cas de les dones, o 60 g d'alcohol al dia en el cas dels homes. Si, en lloc dels nivells de consum, tenim en compte l'addicció, s'estima que, en un any qualsevol, hi ha uns 23 milions d'europeus (5% dels homes i 1% de les dones) que pateixen dependència de l'alcohol.

A totes les cultures els homes solen consumir més alcohol que les dones, tant pel que fa a la freqüència com a la quantitat, i la diferència entre ambdós grups augmenta en els comportaments de risc. En la majoria d'aspectes del consum d'alcohol és difícil trobar evidències que demostrin que la diferència entre gèneres ha disminuït, però, en el cas de l'embriaguesa, s'observa que hi ha menys desigualtats entre els adults joves d'ambdós gèneres. Malgrat que moltes dones deixen de beure alcohol quan es queden embarassades, hi ha un percentatge significatiu (entre un 25% i un 50%) que continua consumint alcohol, i algunes dones no abandonen el consum de risc durant aquest període. Els patrons de consum d'alcohol també es poden analitzar segons el nivell socioeconòmic. En aquest cas, les persones amb un nivell socioeconòmic baix tenen menys probabilitats de consumir alcohol. Malgrat que, en alguns aspectes del consum, el panorama és complex (algunes formes de mesura mostren tendències oposades en el cas dels homes i les dones), l'embriaguesa i la dependència de l'alcohol són més freqüents entre els consumidors amb un nivell socioeconòmic baix.

Gairebé tots els estudiants d'entre 15 i 16 anys d'edat (> 90%) han begut alcohol alguna vegada. La mitjana d'edat en què es consumeix alcohol per primer cop és de 12 anys i mig, i el primer episodi d'embriaguesa és als 14 anys d'edat. Per als adolescents, el lloc més comú per beure alcohol és a casa seva o casa d'algú altre, tot i que bona part també han consumit alcohol en espais públics a l'exterior i bars. La quantitat mitjana d'alcohol ingerit en una sola ocasió pels nois i noies d'entre 15 i 16 anys supera els 60 g, tot i que, al sud d'Europa, no arriba als 40 g. Més d'un de cada vuit adolescents (13%) en aquesta franja d'edat s'han embriagat més de 20 vegades al llarg de la seva vida, i més d'un de cada sis (18%) han experimentat el consum intensiu (cinc o més consumicions en una sola ocasió) tres o més vegades durant el darrer mes. Tot i que, durant l'any 2003, a dos països es van registrar per primer cop més episodis d'embriaguesa entre les noies que entre els nois amb alguns mètodes de mesurament, els nois continuen consumint més begudes alcohòliques i s'embriaguen amb més freqüència que les noies, amb una lleugera reducció de la diferència absoluta entre ambdós gèneres.

A la majoria de països s'identifica un augment dels episodis de consum intensiu en els nois entre els anys 1995/1999 i 2003, una tendència que també és vàlida per a les noies a gairebé tots els països (als països que no s'inclouen a l'estudi ESPAD, s'han registrat resultats similars fent servir altres dades). Aquesta tendència general deixa veure un augment del consum intensiu i de l'embriaguesa a la majoria de països de la UE entre els anys 1995 i 1999, seguits d'una tendència molt més ambivalent durant els anys següents (1999-2003). D'altra banda, també s'observa una menor diferència entre la UE10 i la UE15 pel que fa al consum intensiu i l'embriaguesa, a causa de la magnitud dels canvis que s'han produït i de l'augment continuat del consum a algunes parts de la UE10, especialment, entre les noies, a més d'increments en altres aspectes del consum (per exemple, l'última ocasió de consum). No obstant això, les tendències són més ambivalents en molts altres aspectes del consum d'alcohol, com la freqüència de consum i el consum total estimat. Per tant, tot i que no hi ha dades que demostrin que el consum d'alcohol en els joves hagi augmentat durant l'última dècada, sembla ser que el consum de risc tendeix a créixer, especialment als països de la UE10.

El nivell de consum de la població

La Unió Europea és la regió del món on es consumeix més alcohol. Es calcula que cada adult consumeix 11 litres d'alcohol pur anuals, una mitjana dues vegades i mitja superior que a la resta del món (Organització Mundial de la Salut, 2004).¹ Tot i així, aquest nivell representa una reducció considerable comparat amb els 15 litres per persona que es van registrar a mitjan anys setanta, la màxima assolida després d'un període d'increment del consum a la majoria de països europeus. D'ençà que es va registrar aquest rècord, el consum a Europa s'ha estabilitzat, amb l'excepció del descens substancial del consum als països productors de vi del sud d'Europa i l'augment continuat del consum d'alcohol a Irlanda. Aquests fenomen contrasta amb l'increment persistent del consum d'alcohol al sud-est asiàtic i el Pacífic occidental (vegeu la figura 4.1). Tot i així, després d'Europa, la regió del món on més alcohol es consumeix segueix essent Amèrica del nord i del sud (just per sota dels set litres), amb una tendència similar a l'europea.

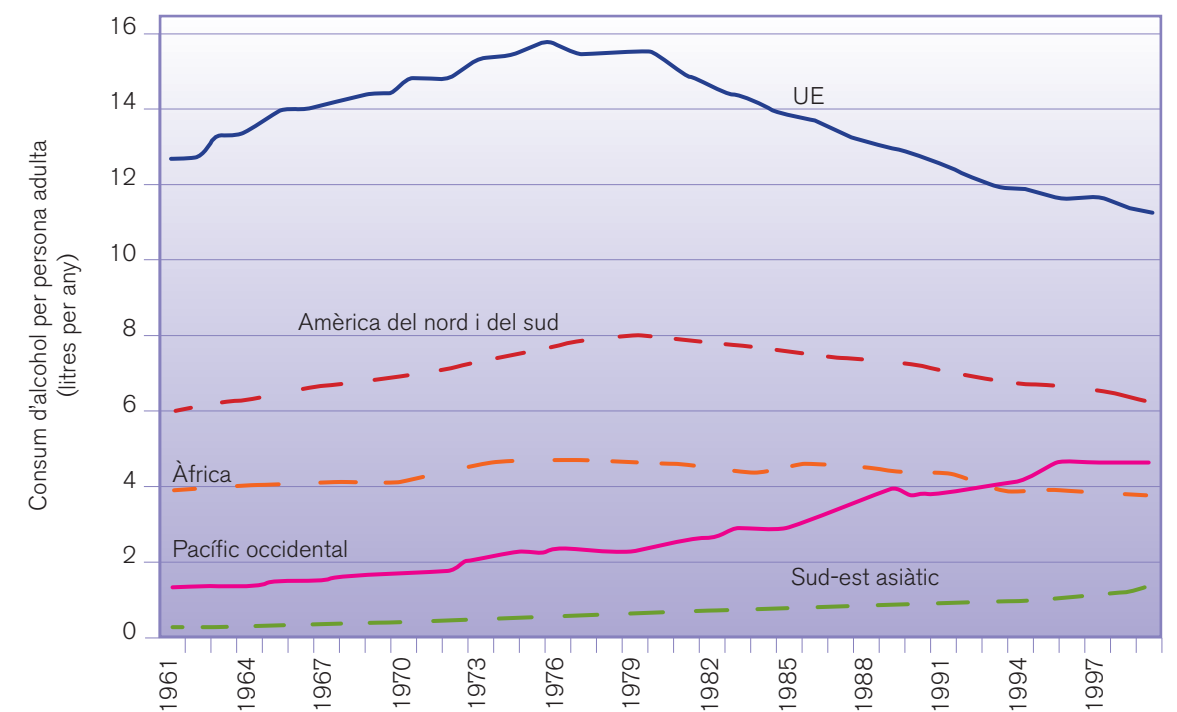
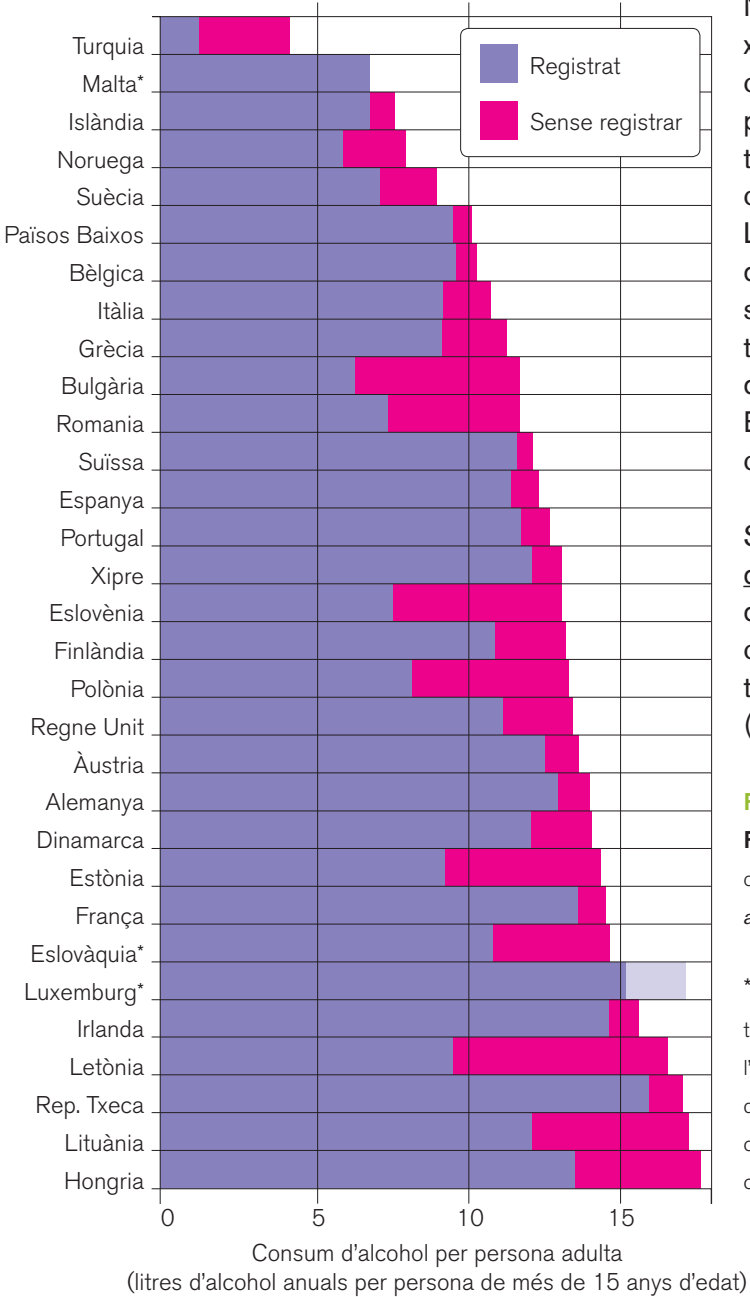


Figura 4.1: El consum d'alcohol a Europa i a la resta del món.

Fonts: Informe sobre la situació mundial de l'alcohol (Organització Mundial de la Salut, 2004). Les xifres europees s'han extret de les bases de dades Salut per a tots i Alcohol mundial de l'Organització Mundial de la Salut (com s'indica més endavant). Mitjanes ponderades per població.

¹ Els valors s'han calculat per persona adulta (de 15 anys d'edat o més) per compensar el gran nombre de preconsumidors d'alcohol a alguns països. Les comparacions entre els diversos països s'han obtingut de l'Informe sobre la situació mundial de l'alcohol (Organització Mundial de la Salut, 2004). Tota la informació sobre la tendència actual s'ha extret de la base de dades Alcohol mundial de l'Organització Mundial de la Salut (1961-1999), complementada amb les dades europees més recents (2002) de la base de dades Salut per a tots, de la mateixa organització. Cal recordar que, en alguns casos, les dues fonts d'informació sobre les tendències actuals presenten algunes divergències, com és el cas de la base de dades Salut per a tots, que mostra que el consum de licors a Portugal durant el període 1970-1999 va ser dos litres inferior en comparació amb l'altra base de dades. Per tant, cal analitzar el resultat de Portugal amb certa precaució. Per motius semblants, també s'han de tractar amb prudència les dades sobre Xipre i Malta (vegeu també Gual i Colom, 1997:S22-4).

Entre els països membres de la UE els nivells de consum registrat varien enormement. Per exemple, a Luxemburg el consum d'alcohol per adult és dues vegades i mitja més elevat que a Malta, mentre que als països que no formen part de la Unió, com Islàndia, Noruega i Turquia, encara es registren uns nivells més baixos. El consum registrat d'alcohol és lleugerament inferior als països de la UE10 (deu litres i mig) que als de la UE15 (onze litres i mig), i a tres països nòrdics (Islàndia, Noruega i Suècia) és notablement inferior que a la resta de la UE15.



No obstant això, cal recordar que aquestes xifres no inclouen l'alcohol procedent del contraban, la producció casolana i les compres legals transfrontereres, com tampoc no tenen en compte les begudes alcohòliques consumides pels turistes (Trolldall, 2001; Leifman, 2001a). Tot i que, com és obvi, és difícil calcular el consum sense registrar, s'estima que el consum il·legal i transfronter és més elevat als països d'Europa de l'Est (especialment, als països bàltics, Bulgària, Polònia i Eslovènia), on arriba als cinc litres anuals per adult.

Si es tenen en compte totes les formes de consum, a la UE la mitjana de consum d'alcohol per adult és de 13 litres anuals (els ciutadans de la UE10 consumeixen dos litres més d'alcohol l'any que els de la UE15) (vegeu la figura 4.2).²

Figura 4.2: Consum d'alcohol a Europa, 2002.

Font: base de dades Salut per a tots i estudi Global Burden of Disease de l'Organització Mundial de la Salut (Rehm, [et al.], 2004).

* No hi ha estimacions disponibles del consum sense registrar a Malta; en el cas d'Eslovàquia, s'han emprat xifres de l'Organització Mundial de la Salut actualitzades per la Xarxa de Política en Matèria d'Alcohol; a les xifres de Luxemburg cal restar dos litres del consum sense registrar, a causa del consum d'alcohol dels turistes.

² Durant la impressió del document, l'Institut Estonià de Recerca Econòmica va proporcionar informació sobre el consum d'alcohol registrat i sense registrar, ajustat segons les compres del turisme, que diferia de les dades sobre Estònia que es van incloure a la figura 4.2 i es van utilitzar per a aquest informe.

Abstinència i consum d'alcohol per bevedor

A més de comparar la mitjana d'alcohol consumit per persona adulta a Europa, també és important restar-ne les persones que no beuen alcohol i calcular la quantitat d'alcohol que ingereix el consumidor mitjà. L'àmplia categoria dels «no bevedors» engloba diversos perfils de consum, com les persones que no han consumit mai alcohol, les persones que han consumit quantitats elevades d'alcohol i han deixat de beure per motius de salut, i altres perfils més complexos. El més complicat és classificar les persones que només consumeixen alcohol en ocasions molt específiques (per exemple, els qui beuen cava a les celebracions especials), que, en algunes cultures (per exemple, a Espanya), no es consideren bevedors, mentre que a d'altres (per exemple, Noruega; vegeu Allamani, 2001), es classifiquen com a consumidors ocasionals. En canvi, la informació recollida durant els anys setanta suggereix que un nombre reduït però significatiu (entre el 10% i el 15%) de les persones que viuen a països amb una cultura de temprança i es defineixen políticament com a abstemis han consumit alcohol almenys una vegada durant el darrer any (Lindgren, 1973).

Quadre 4.1: Fonts del consum d'alcohol a Europa

Per tal d'elaborar una política en matèria d'alcohol europea, cal comparar les dades obtingudes als diversos països i regions d'Europa, que es revisen i resumeixen en aquest capítol. Tot i així, cal tenir en compte les possibles dificultats que poden sorgir a l'hora de fer comparacions entre diversos contextos culturals fent servir estudis realitzats amb llengües diferents:

- **Interpretació:** les preguntes es poden interpretar de manera diferent segons la llengua i la cultura predominants. Per exemple, hi ha diverses paraules o expressions que fan referència a la intoxicació i que impliquen significats diferents (Cameron, 2000). El projecte EuroHIS (Raitasalo, 2004) també ha deixat patent que als països on l'alcohol està més vinculat al ritme diari de les persones els entrevistats poden utilitzar les rutines com a ajut per respondre les preguntes (tot i que també és possible que necessitin assistència per entendre els termes). Per exemple, per a les persones entrevistades al Regne Unit va ser més complicat respondre les preguntes que per a les persones entrevistades a França o Alemanya (Simpura, 2002).
- **Infravaloració:** totes les enquestes sobre el consum d'alcohol mostren que la quantitat d'alcohol consumida que es registra és inferior a la quantitat d'alcohol registrada segons les vendes (normalment, entre un 40% i un 60%; Bloomfield [et al.], 2003). D'aquesta manera, per dur a terme comparacions a escala internacional, cal assumir que el nivell d'infravaloració és constant però és poc probable que sigui estrictament vertader (vegeu també l'apartat sobre l'estudi ECAS).
- **Metodologia (altres):** en general, els estudis comparatius de tots els camps han de fer front a les variacions de les pràctiques de mostreig, els índexs de resposta i la manera mitjançant la qual es realitza la feina de camp en els diversos contextos culturals (Simpura, Karlsson i Leppanen, 2001; Leifman, 2002b, Hibell [et al.], 2004).

D'altra banda, els resultats de les fonts emprades també presenten diferents nivells de solidesa. A continuació s'analitzen les fonts comparatives principals:

- **Base de dades Salut per a tots de l'OMS-EURO:**

La informació sobre el consum d'alcohol registrat s'obté de diverses fonts (inclosa l'organització WARC d'estudis de mercat), i el personal de l'OMS-EURO decideix quines són les dades més sòlides. Tot i així, a alguns països (per exemple, Portugal) hi ha diferències inexplicables entre aquestes dades i la informació de la base de dades Alcohol mundial de l'oficina central de l'OMS.

- **Informe sobre la situació mundial de l'alcohol de l'OMS:**

L'informe sobre la situació mundial de l'alcohol presenta un ampli ventall de dades registrades als països europeus, a més d'informació (sempre que estigui disponible) sobre la magnitud de les mostres i la població objectiu. No obstant això, les xifres registrades rarament són el resultat d'estudis pensats per a la comparació de dades internacionals i és probable que hi hagi moltes diferències metodològiques. Sempre que ha estat possible, els autors d'aquest informe han comparat les dades amb altres estudis i perfils fornits per membres de la Xarxa de Política en Matèria d'Alcohol (vegeu el capítol 1), però és possible que encara hi hagi diferències entre les dades d'un mateix país.

- **Estudi Global Burden of Disease de l'OMS:**

L'avaluació comparativa dels riscos que s'inclou a l'estudi Global Burden of Disease de l'OMS està pensada per calcular la càrrega de mala salut que comporten els diversos factors de risc a les subregions de l'OMS. Com a part d'aquesta anàlisi, es van realitzar diverses estimacions sobre les variables de consum d'alcohol, que s'han emprat en aquest informe quan no hi havia més informació disponible (inclòs el consum sense registrar i els nivells de consum d'alcohol). Tot i així, cal recordar que, en alguns casos, la manca de dades fa que la validesa de les estimacions sigui qüestionable. A més, en el cas dels nivells de consum, aquestes estimacions només estan disponibles per al conjunt de subregions i, per tant, els resultats s'han ajustat a la població de la UE.

- **ESPAD** *n = 2.000-5.000 per país entre persones de 15 a 16 anys d'edat.*
- **HBSC** *n = 800-3.000 per grup d'edat per país entre persones d'11, 13 i 15 anys.*

Aquests dos estudis de persones joves s'han repetit diverses vegades i fan ús de centres internacionals per estandarditzar la informació (l'ESPAD ha estat finançat pel Grup Pompidou, que forma part del Consell d'Europa, i l'organització governamental sueca CAN, i el projecte HBSC ha estat finançat per l'OMS). A més, cal recordar que aquests estudis només inclouen nois i noies estudiants i, per tant, no representen el total de la població jove. A Bulgària, Estònia, Portugal i Turquia, que formen part de l'ESPAD, menys d'un 85% del grup d'edat està cursant estudis, tot i que, a la resta de països, aquest percentatge és d'un 85%-100%.

- **Eurobaròmetre** *n = 1.000 per país entre adults de 15 anys d'edat o més.*

L'Eurobaròmetre és, bàsicament, un estudi d'opinió pública que la Comissió Europea encarrega regularment a diversos organismes que realitzen estudis de mercat. Aquest estudi ha inclòs mòduls sobre el consum d'alcohol en més d'una ocasió (1988, 1990, 1992 i 2003), però, tot i així, preocupa el fet que no se centri específicament en l'alcohol o la salut.

- **ECAS** *n = 1.000 per país entre persones adultes de 18 a 64 anys d'edat.*

Tot i que l'Estudi europeu comparatiu sobre l'alcohol (ECAS) s'inclou en el marc d'un projecte comparatiu amb una àmplia experiència en l'àmbit dels estudis sobre l'alcohol, se segueixen observant nombrosos problemes metodològics, com les grans variacions als índexs de resposta o les dades no registrades (entre un 30% i un 90%), a més de variacions entre les mostres dels diversos països que l'integren. Per tant, és preferible comparar els percentatges entre els subgrups, i les comparacions entre països (que s'han inclòs quan la manca de dades ho ha requerit) s'han de dur a terme amb reserves considerables.

- **GENACIS** *n = 1.300-10.000 per país entre adults de 20 a 64 anys d'edat.*

Nota: *l'informe final del projecte GENACIS, publicat recentment, no s'havia publicat quan es va redactar aquest capítol. Malgrat que, per a l'elaboració d'aquest informe, es van fer servir versions provisionals de diversos informes de GENACIS (que, posteriorment, s'han contrastat amb la versió final), cap de les xifres que s'inclouen en aquest informe no s'ha calculat amb les dades obtingudes de l'estudi GENACIS.*

Comparabilitat: tot i que la majoria de preguntes de l'estudi GENACIS van ser pensades per poder ser comparades entre els diversos països d'Europa, sovint les categories de resposta es van construir de maneres diverses segons el país (per exemple, temps de resposta diversos per a una mateixa pregunta). D'altra part, els anys de l'estudi i la manera de realitzar-lo també varien (de 1997 a 2002, més l'any 1993 a Àustria), i tres de les mostres emprades són regionals i no nacionals (Països Baixos, Itàlia i Espanya). Com en el cas de l'estudi ECAS, hi ha variacions importants amb les dades no registrades (des del 18% a Hongria fins al 69% a Itàlia, després de tenir en compte el consum d'alcohol no registrat).

- **EPIC** *n = 100-2.000 per regió; mostra útil d'adults d'entre 35 i 74 anys d'edat.*

Dins de l'Estudi prospectiu europeu sobre càncer i nutrició (EPIC, per les sigles en anglès) es va incloure una submostra que va permetre estudiar el consum d'alcohol de les persones mitjançant el recordatori de 24 hores entre 1995 i 1998 (1999-2000 a Noruega). No obstant això, a causa de serioses complicacions metodològiques

(per exemple, l'ús de mostres principalment regionals i mètodes de mostreig útils) i una franja d'edat poc habitual (35-74), aquest estudi no s'ha emprat com a font d'informació per a aquest capítol. Per consultar més informació sobre aquest estudi, vegeu Klipstein-Grobusch [et al.], 2002 i Sieri [et al.], 2002.

Tot i que per crear una imatge comparativa a Europa ha estat necessari fer servir aquestes dades, cal recordar que tots els estudis realitzats amb població adulta presenten limitacions significatives. Per tant, si no es disposa d'informació que els corrobori, els resultats de cada estudi s'hauran d'emprar amb molta prudència.

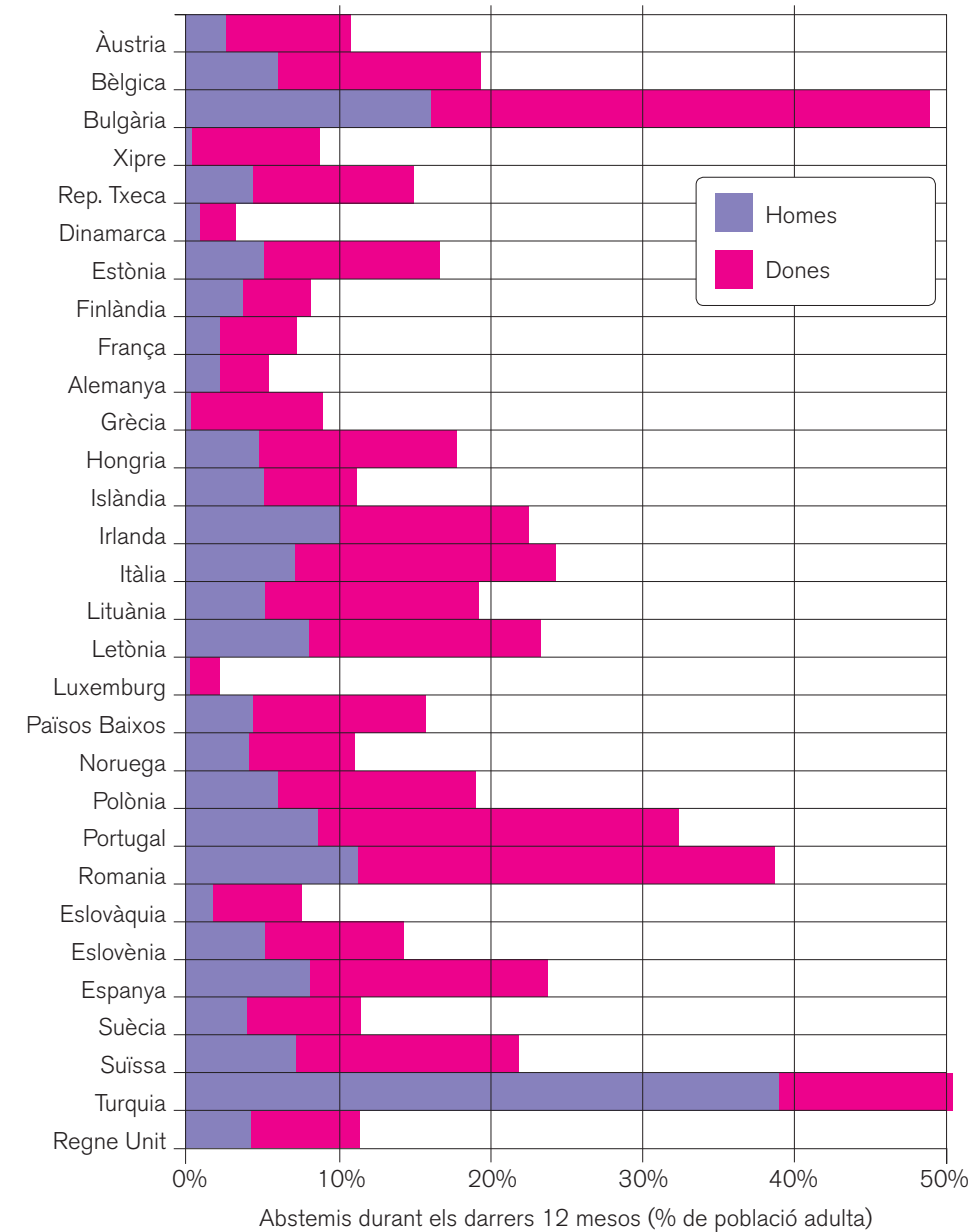


Figura 4.3: Índexs d'abstinència a Europa.² Els dos colors de cada barra fan referència a la proporció d'homes i de dones abstemis. Per exemple, a Àustria, un 11% de la mostra són abstemis, dels quals tres quartes parts són dones.

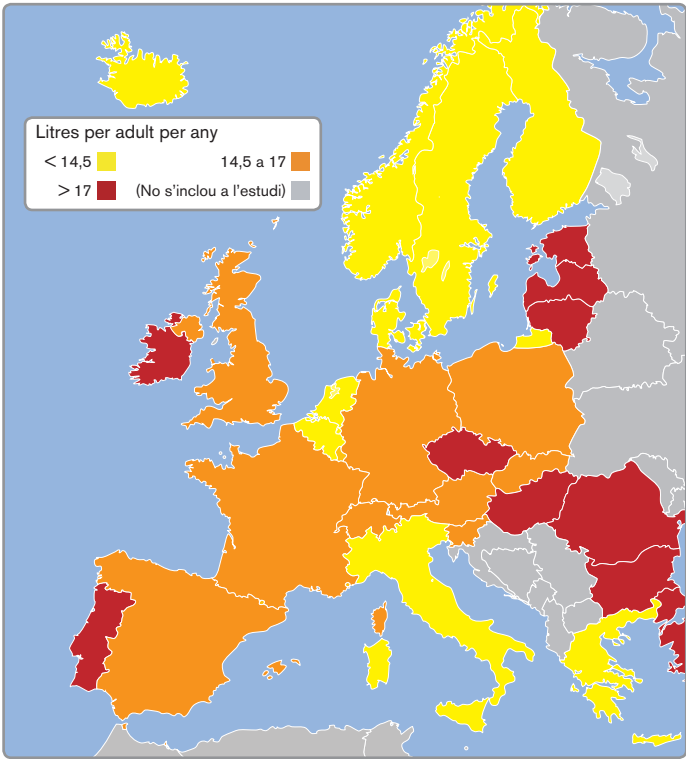


Figura 4.4: Consum total d'alcohol per bevedor a Europa l'any 2002.

Fonts: extretes principalment de les dades de l'OMS (Informe sobre la situació mundial de l'alcohol de 2004, base de dades Salut per a tots i projecte Global Burden of Disease); vegeu els apartats anteriors per a més informació.

Tot i que comparar les xifres dels abstemis entre diversos països pot ser complicat, normalment, combinant coneixements i estudis comparatius transparents es poden obtenir uns resultats amb un grau raonable de solidesa.³ Tenint en compte les advertències sobre la interpretació de les dades, 53 milions d'adults de la UE, és a dir, el 15% de la població adulta, s'abstenen de consumir alcohol. A la majoria de països europeus aquesta xifra implica que, com a mínim, set de cada vuit homes i tres de cada quatre dones han consumit alcohol almenys una vegada durant el darrer any (vegeu la figura 4.3). En general, els índexs d'abstinència més elevats es registren a certes parts de l'est i el sud d'Europa, malgrat que, fins i tot en aquestes zones, hi ha països on gairebé tota la població estudiada consumeix alcohol, com Eslovàquia i Grècia.⁴

A partir d'aquests resultats, s'estima que, a la Unió Europea, el consum total d'alcohol *per bevedor* és de 15 litres anuals. Aquesta xifra és, aproximadament, un 20% més elevada als països de la UE10 que als de la UE15, tot i que no hi ha una divisió simple (vegeu la figura 4.4). Només hi ha dos països (Noruega i Islàndia) on el consum d'alcohol per bevedor no arriba

³ La informació sobre l'abstinència s'ha obtingut de l'Informe sobre la situació mundial de l'alcohol de 2004 de l'Organització Mundial de la Salut, actualitzacions de la Xarxa de Política en Matèria d'Alcohol del projecte Reduir les desigualtats (vegeu el capítol 1), un informe europeu sobre estudis nacionals en matèria de salut (Comissió Europea, 2003a), l'estudi comparatiu ECAS (Ramstedt i Hope, 2003), i estimacions del projecte Global Burden of Disease (Rehm [et al.], 2003), que s'han complementat, en cas de conflictes entre diverses dades, amb informes nacionals. Cal recordar, com a avís preventiu, que és possible que els estudis no siguin comparables a causa de: (a) quin període de temps sense consumir alcohol es considera abstinència, (b) la redacció de les preguntes, (c) la definició cultural d'abstinència, i (d) la població que s'inclou a la mostra (per exemple, persones d'entre 16 i 64 anys d'edat, o de 18 o més anys d'edat).

⁴ Les diverses fonts emprades presenten uns resultats molt diferents pel que fa al grau d'abstinència a França. Aquesta divergència es pot deure a les dificultats per entendre el concepte d'abstinència a la cultura francesa.

als 10 litres anuals, mentre que, a l'altre extrem, hi ha cinc països amb una mitjana de més de 20 litres anuals (Bulgària, Hongria, Letònia, Lituània i Turquia). Tot i així, la variació del consum d'alcohol *per bevedor* entre els països estudiats és menor que en el consum per capita, tal com succeeix també amb les comparacions a escala internacional (vegeu Babor [et al.], 2003).

Nivells de consum d'alcohol

La quantitat d'alcohol consumit per la població també es pot calcular a partir dels percentatges dels diversos nivells de consum, tot i que, a vegades, aquest tipus d'estudis no són comparables entre ells, ja que les xifres de tall poden no ser les mateixes. Dels pocs països dels quals es disposa d'informació comparable (Organització Mundial de la Salut, 2004), els índexs de consum de més de 60 g d'alcohol en la població masculina varien entre un 3% i un 23%, mentre que els índexs de consum de més de 40 g en la població femenina varien entre un 1% i un 11%. Malgrat que no s'han identificat uns patrons de consum estables, sembla ser que als països del centre d'Europa (tant a l'est com a l'oest del continent) els nivells de consum són més elevats que a les zones del nord o del sud.

Aquesta definició també es va emprar a l'estudi Global Burden of Disease de l'Organització Mundial de la Salut,⁵ i, dels tres nivells considerats, representa el nivell de consum més elevat (nivell III). Els altres dos nivells de consum d'alcohol són superiors a zero. El nivell I equival a < 40 g en el cas dels homes i < 20 g en el cas de les dones, i el nivell intermedi (nivell II) equival a +40 g-60 g d'alcohol en el cas dels homes i +20 g-40 g d'alcohol en el cas de les dones. D'acord amb aquestes estimacions, es pot afirmar que 263 milions d'adults consumeixen alcohol amb un nivell I, tal com mostra la taula 4.1. Aquesta xifra implica que, aproximadament, uns 58 milions d'uropeus, és a dir, el 15% de la població adulta, beuen alcohol amb un nivell II o superior. El nivell més elevat (nivell III) inclou més de 22 milions d'aquests bevedors, que representen un 6% de la població adulta de la UE.

Taula 4.1: Nombre d'uropeus adults (més de 16 anys) amb relació als diferents nivells de consum d'alcohol; estimacions de l'any 2001.

Categoria	Definició (g/dia)		Adults UE25 (m)
	Homes	Dones	
Abstemi	0	0	53
Nivell I	> 0-40 g	> 0-20 g	263
Nivell II	> 40-60 g	> 20-40 g	36
Nivell III	> 60 g	> 40 g	22

Font: estudi Global Burden of Disease (Rehm [et al.], 2004), esmenat pels autors d'aquest informe.⁵

⁵ L'estudi Global Burden of Disease i la seva adaptació per a aquest informe s'analitzen més detalladament al capítol 6. Les dades sobre les persones abstèmies a Europa que s'inclouen més amunt són més precises que les de l'estudi Global Burden of Disease (i els resultats que s'obtenen són menys elevats). Aquests resultats s'han adaptat per tal que la suma de les xifres sigui igual al total de la població adulta europea.

Dependència de l'alcohol

Tot i que sovint s'associa al consum elevat d'alcohol (vegeu el capítol 5), les definicions de dependència de l'alcohol van més enllà de la quantitat consumida i engloben una definició psiquiàtrica que inclou la compulsió i la manca d'autocontrol (Epstein, 2001). Un dels problemes que es desprenen d'aquesta concepció és que diferents estudis representatius amb la mateixa població i durant períodes similars (i, fins i tot, fent servir instruments semblants) poden proporcionar unes xifres de prevalença molt diferents (Rehm [et al.], en premsa). Com succeeix amb l'opinió de les persones enquestades sobre els danys socials que comporta el consum d'alcohol (vegeu el capítol 6), és possible que les diferències aparents en els percentatges de prevalença es deguin a un canvi en la conscienciació sobre els problemes relacionats amb l'alcohol, i no a canvis objectius en el problema en concret (Midanik i Clark, 1995; Grant [et al.], 2004:232).

Aquestes consideracions, juntament amb la manca d'estudis comparatius a escala europea, dificulten la tasca de definir uns patrons de dependència de l'alcohol a Europa.⁶ No obstant això, hi ha una revisió, realitzada per a l'Organització Mundial de la Salut, que ha fet ús dels estudis existents per calcular el nombre estimat de persones dependents de l'alcohol en un període d'un any (Rehm [et al.], 2004; Rehm [et al.], en premsa). Si s'ajusten les estimacions principals obtingudes amb l'estudi Global Burden of Disease (esmentat més amunt), s'observa que, cada any, un 5% dels homes adults i un 1% de les dones adultes pateixen dependència de l'alcohol, és a dir, que 23 milions de persones són addictes a l'alcohol. Malgrat tot, cal tenir en compte que aquesta xifra pot variar considerablement segons el país, sobretot a causa de les diferents metodologies emprades (vegeu també Rehn, Room i Edwards, 2001; Organització Mundial de la Salut, 2004). La dependència de l'alcohol sol comportar un ampli ventall de conseqüències negatives greus, tant per a la persona dependent com per als que l'envolten, com els membres de la família. Aquest aspecte s'analitzarà al capítol 6.

Tendències a llarg termini del consum d'alcohol de la població

D'ençà de la Segona Guerra Mundial, els nivells de consum d'alcohol registrat s'han harmonitzat als països d'Europa occidental (Simpura i Karlsson, 2001; Leifman, 2001b). Durant les dècades dels seixanta i els setanta, es va produir un descens del consum d'alcohol als països del sud d'Europa, tradicionalment amb un consum més elevat, mentre que, als països del nord i del centre del continent el consum d'alcohol va augmentar. D'aquesta manera, al final del segle xx, les diferències entre les diferents zones eren molt menys acusades que a mitjan segle. D'altra banda, també es pot observar una tendència similar (tot i que menys important) en el consum d'alcohol no registrat, segons un mètode suggeritiu basat en les xifres de mortalitat que mostren que, des de mitjan dècada dels setanta, el consum sense registrar ha augmentat als països nòrdics i al Regne Unit, però s'ha mantingut estable a la resta de països membres de la UE15 (Leifman, 2001a). Tanmateix, aquest mètode només

⁶ Tot i que l'estudi ESEMeD va investigar el «consum de risc» i la dependència de l'alcohol a sis països europeus (Alonso [et al.], 2004), considerem (un cop consultats els autors de l'estudi i la Comissió Europea) que, a causa de diverses qüestions metodològiques, els resultats de l'estudi no s'haurien d'incloure en aquest informe.

permet realitzar una estimació provisional de les tendències del consum sense registrar i, per tant, s'ha d'utilitzar amb prudència.

Si aquesta anàlisi s'aplica als països de la UE25 i els països candidats, el consum d'alcohol registrat també és molt més homogeni que en el passat. Als 20 països que disposen de dades fins als anys seixanta, la diferència s'ha reduït fins a més de la meitat, i el consum d'alcohol de la UE10 és més semblant que mai al dels països de la UE15. Tal com mostra la figura 4.5, aquesta similitud es deu a un augment ràpid del consum a la UE10 durant els anys 1960-1980 i un descens lent des de llavors en comparació amb la UE15. No obstant això, no hi ha gaires indicis que apuntin que els països de la UE10 s'hagin d'acostar més els uns als altres, i, de fet, la variació entre aquests països es manté estàtica des de la meitat de la dècada dels seixanta, exceptuant les fluctuacions a Letònia, Lituània i Eslovènia al final dels anys vuitanta (vegeu la figura 4.6). Malauradament, tot i la combinació de canvis polítics significatius i l'elevat nivell actual de consum d'alcohol sense registrar, no hi ha informació disponible sobre les tendències del consum sense registrar a la UE10.

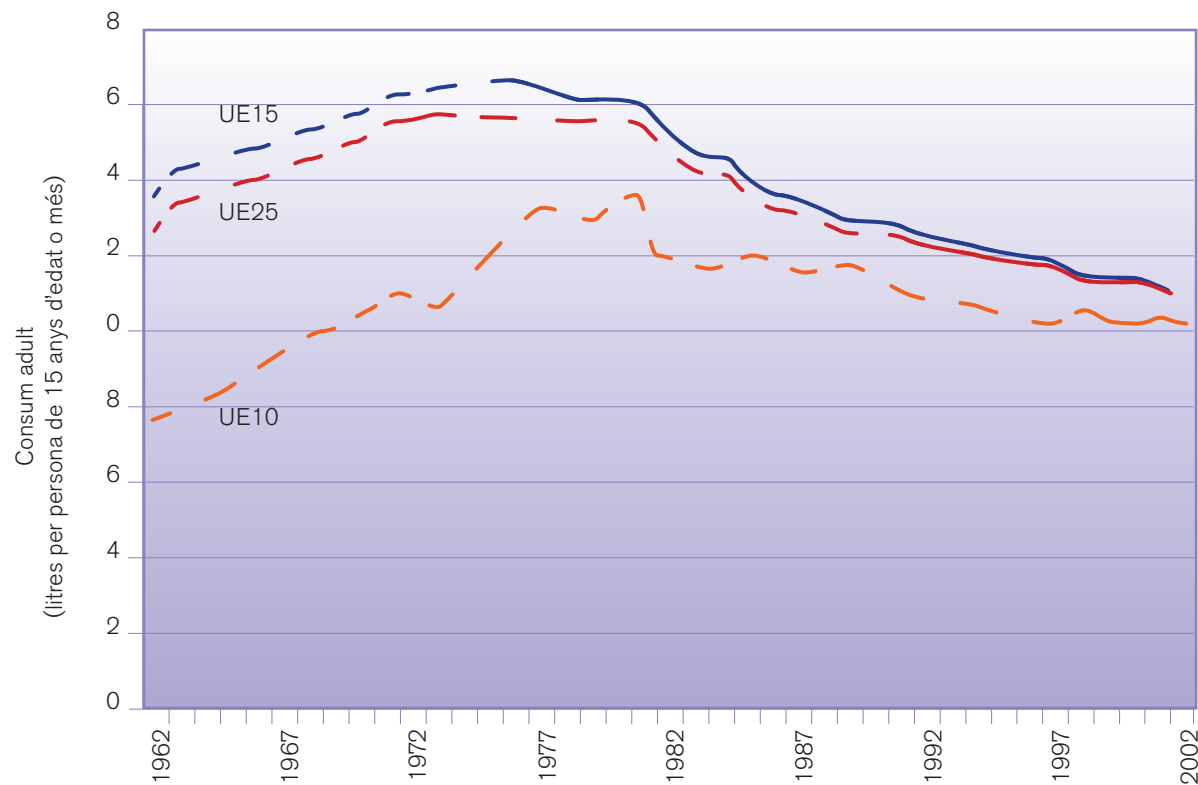


Figura 4.5: Tendències del consum registrat d'alcohol a Europa.

No hi ha informació disponible per a tot el període de 40 anys a tots els països. Les línies discontinuïdes indiquen la tendència al petit nombre de països que sí que disposen de dades.⁷

Font: base de dades Salut per a tots de l'Organització Mundial de la Salut (la tendència entre 1961 i 1969 s'ha obtingut de la base de dades Alcohol mundial de l'OMS).

⁷ Les dades disponibles per a cada país són: (i) UE10: Estònia (1992-), Malta (1988-), Lituània (1984-), Letònia i Eslovènia (1980-); i (ii) UE15: Grècia (1976-). Els valors atribuïts s'han calculat fent servir la tendència als països que disposen de dades, adaptades al valor original del grup complet de països.

Tot i que, a vegades, aquestes tendències són l'acumulació de moviments graduals de molts anys de duració, també és possible que es produeixin grans canvis en un període breu de temps. Per exemple, a Irlanda el consum d'alcohol va augmentar gairebé un 25% entre 1995 i 2000, i a Finlàndia es va doblar entre 1967 i 1974, mentre que a Itàlia va disminuir cinc litres per persona entre 1974 i 1981.

Les tendències de l'abstinència són més complicades de desxifrar, ja que, a molts països es casseja la informació. Les poques dades a llarg termini de què es disposa suggereixen que, durant els anys seixanta, la proporció d'abstemis va disminuir als països del nord d'Europa, però es va mantenir relativament invariable a Itàlia, els Països Baixos i el Regne Unit (Simpura, Karlsson i Leppänen, 2001; Simpura i Karlsson, 2001). Una mescla variada d'informació més recent indica que, a diversos països europeus hi havia més bevedors a la segona meitat de la dècada dels noranta que al final dels vuitanta o el començament dels noranta, tot i que a tres països (Polònia, Suècia i Suïssa) s'observa la tendència oposada (Rehn, Room i Edwards, 2001).

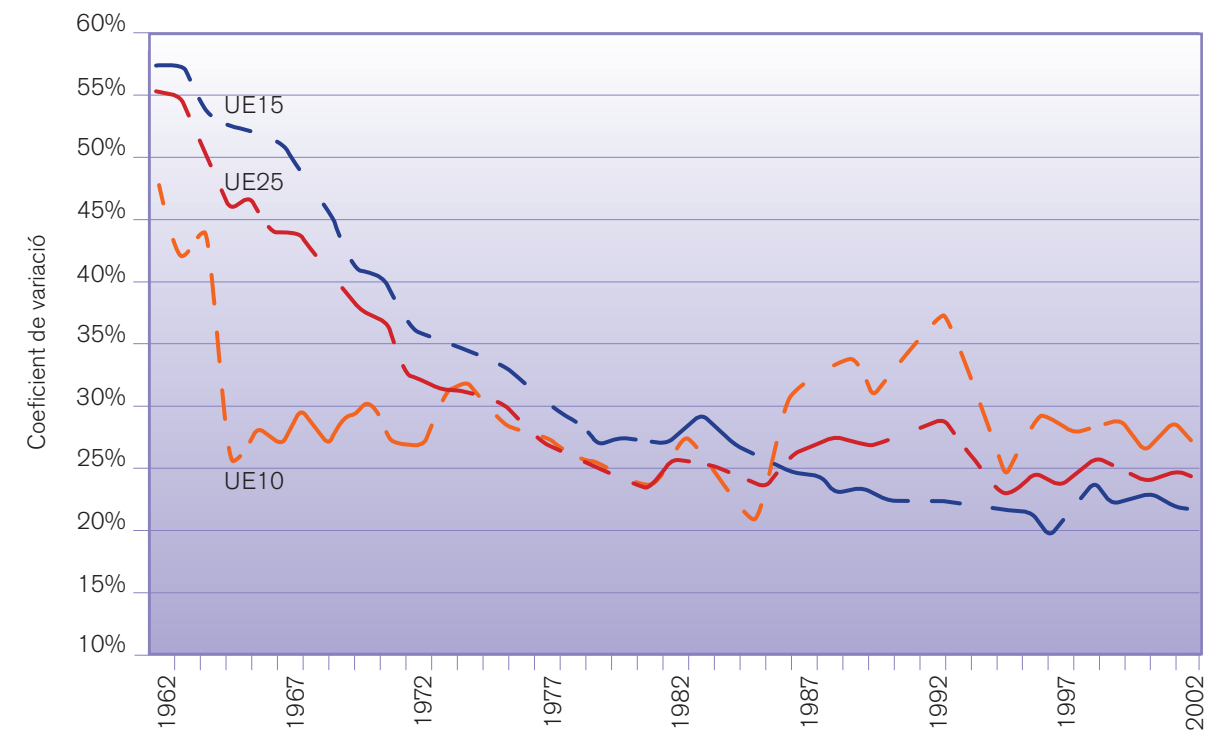


Figura 4.6: Harmonització del consum d'alcohol registrat a Europa.⁸

No hi ha informació disponible per a tot el període de 40 anys a tots els països. Les línies discontinuïdes indiquen la tendència al petit nombre de països que sí que disposen de dades.⁹

Font: base de dades Salut per a tots de l'Organització Mundial de la Salut (la tendència entre 1961 i 1969 s'ha obtingut de la base de dades Alcohol mundial de l'OMS).

⁸ Aquesta figura es basa en les anàlisis dels autors del coeficient de variació (CV), una mesura de dispersió relativa calculada com la dispersió absoluta (desviació estàndard) dels valors d'un país dividida per la seva mitjana (és a dir, el 50% del CV s'obté quan la desviació estàndard dels valors d'un país de la UE és la meitat del valor de la mitjana). És exactament igual que a l'estudi ECAS (Leifman, 2001b), exceptuant que per calcular les tendències de la figura 4.5 s'han utilitzats valors ponderats per població.

⁹ Les dades disponibles per a cada país són: (i) UE10: Estònia (1992-), Malta (1988-), Lituània (1984-), Letònia i Eslovènia (1980-); i (ii) UE15: Grècia (1976-). Els valors atribuïts s'han calculat fent servir la tendència als països que disposen de dades, adaptades al valor original del grup complet de països.

Tot i que sembli sorprenent, fins i tot si la resta de variables es mantenen constants, si el percentatge d'abstemis disminueix, la quantitat d'alcohol consumit seguirà augmentant. Tanmateix, els estudis realitzats a diverses regions del Regne Unit demostren que no hi ha cap correlació entre el consum total d'alcohol i els percentatges d'abstinència (Colhoun [et al.], 1997). A més, durant els últims 20 anys, el Regne Unit ha experimentat un creixement global destacat del consum, al mateix temps que augmentaven els índexs d'abstinència (figura 4.7). En canvi, a Itàlia s'observa l'efecte invers: entre 1997 i 2000 el consum total va disminuir un 5%, mentre que, durant el mateix període, el nombre de bevedors va augmentar un 3% (Osservatorio Permanente Giovani ed Alcool, 2001). Si es comparen les cultures en lloc dels períodes de temps, també s'observa un efecte similar. Per exemple, les regions dels EUA amb un percentatge més elevat d'abstemis són les que presenten un consum més elevat per bevedor (esmentat a Lemmens, 1995). Per tant, sembla ser que els índexs d'abstinència i el consum registrat són relativament independents i, a més, no solen evolucionar en la mateixa direcció.

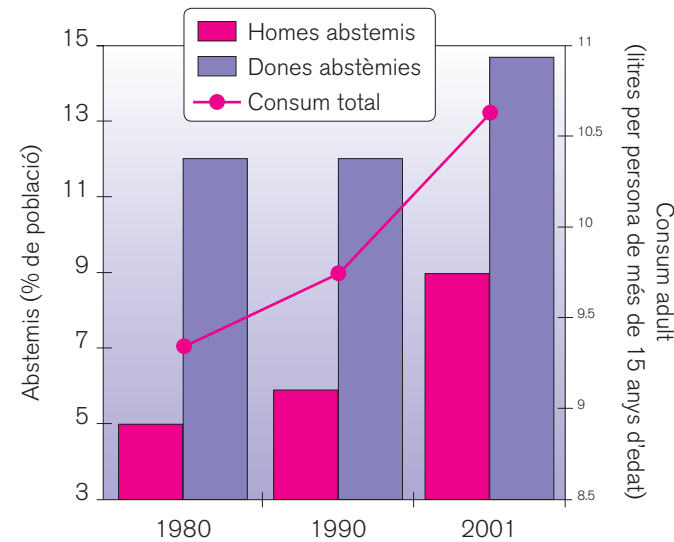


Figura 4.7: Tendències de consum i abstinència al Regne Unit.

Font: estimacions sobre l'abstinència de l'Estudi general domèstic (*General Household Survey*) i l'Estudi de salut per a Anglaterra (*Health Survey for England*) (esmentats per l'Academy of Medical Sciences, 2004).

Maneres de consumir alcohol

Hi ha diverses maneres de considerar els patrons de consum d'alcohol a Europa, des del lloc on es consumeixen les begudes alcohòliques (a casa, en un bar), fins a l'horari (dissabte a la nit, dimecres durant el dinar) o el context (durant els àpats, als esdeveniments especials). Malgrat que *patrons de consum* s'ha utilitzat com a concepte per indicar els diferents aspectes del consum d'alcohol (Simpura, Karlsson i Leppänen, 2001), en aquest apartat s'ha optat per emprar una perspectiva general que abracci tots els aspectes del consum d'alcohol que no inclouen els nivells de consum explicats anteriorment o les anàlisis de subgrups que es presenten més endavant. Aquest apartat cobreix, especialment, quatre aspectes clau: el tipus de beguda alcohòlica preferida, el context de consum (principalment, el lloc i la relació amb els àpats), la freqüència de consum, i la

freqüència de consum d'alcohol amb la finalitat d'embriagar-se (que a vegades s'anomena *consum intensiu*). Tot i així, cal tenir en compte que es tracta d'una llista incompleta, ja que, per manca d'espai, no s'engloben àmbits com el consum d'alcohol a les festes o celebracions. Malgrat que el tipus de beguda alcohòlica no té gaire influència en el nivell de problemes relacionats amb l'alcohol, el context de consum, la freqüència i, especialment, l'embriaguesa són aspectes molt rellevants des de la perspectiva de la salut pública (aquesta afirmació es revisarà al capítol 5).

Tipus de begudes alcohòliques preferides

Si bé hi ha una gran diversitat d'especialitats locals i preferències regionals que influencien el tipus de beguda alcohòlica preferit als països europeus, per facilitar les anàlisis en aquest informe s'ha optat per classificar les begudes en tres categories: cervesa, vi i licors (vegeu també el capítol 3).¹⁰ En general, als estats membres de la UE25, aproximadament un 44% de l'alcohol es consumeix en forma de cervesa, un terç en forma de vi (34%) i poc menys d'una quarta part en forma de licor (23%), tal com s'indica a la figura 4.8.

A més de la meitat dels països, la beguda alcohòlica preferida és la cervesa i, entre la resta de països, la majoria s'inclinen pel vi. A la majoria de casos, aquestes preferències s'aprecien amb un percentatge significatiu: a sis de cada deu països més de la meitat de l'alcohol que es consumeix pertany a una sola categoria de beguda alcohòlica, mentre que, en el cas d'Itàlia o Letònia, un sol tipus de beguda alcohòlica representa més d'un 70% del total del consum (vi i licors, respectivament).

¹⁰ Aquesta tipologia de cervesa/vi/licors és cada cop més problemàtica a causa de la diversificació de les begudes alcohòliques i la popularitat que estan adquirint entre els joves els nous tipus de beguda (com els *alcopops*) (vegeu més endavant).

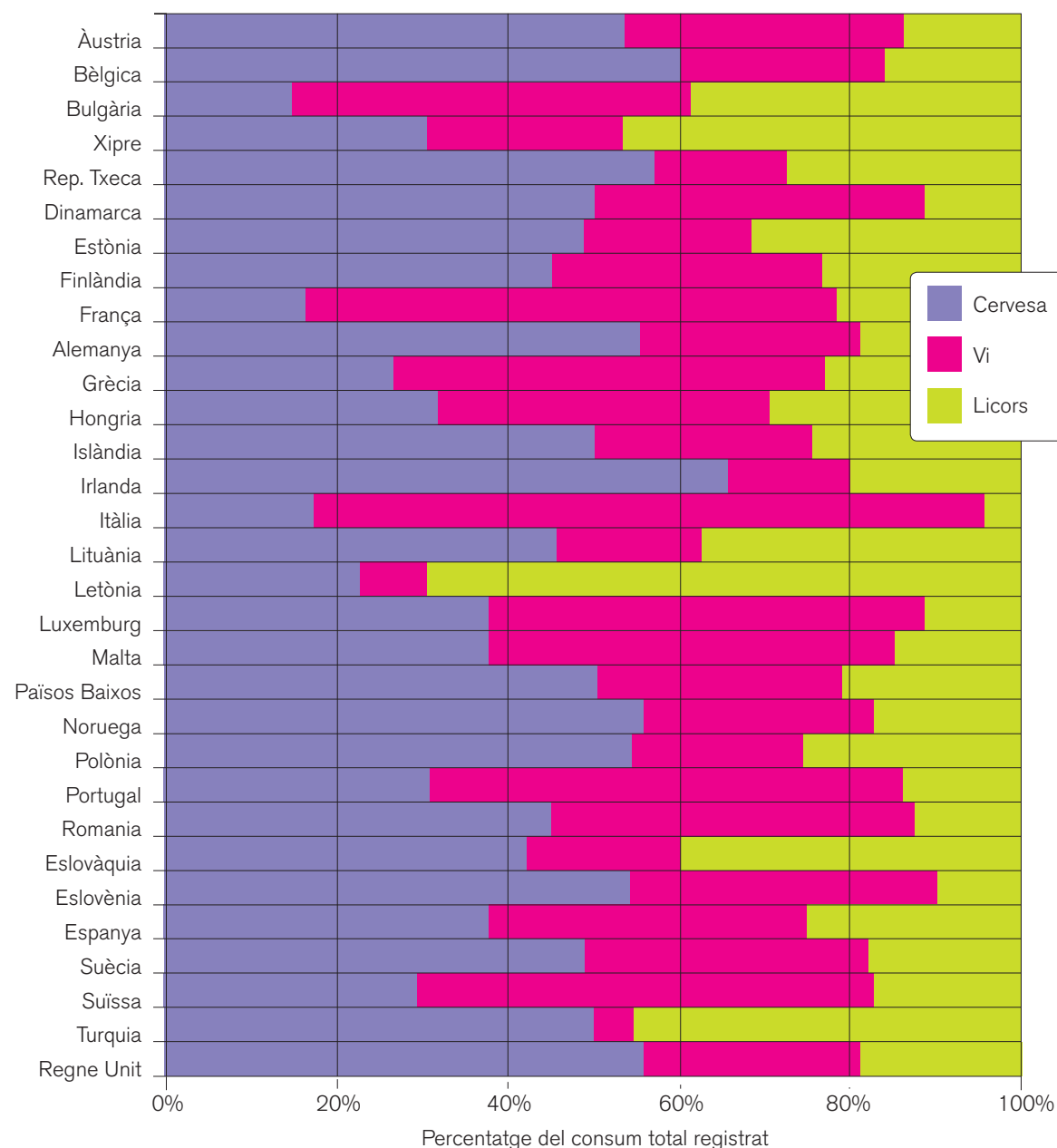


Figura 4.8: Preferències en qüestió de begudes alcohòliques a Europa, 2002.

Font: base de dades Salut per a tots de l'Organització Mundial de la Salut.

Pel que fa les begudes alcohòliques preferides, la UE15 més Noruega es divideix en dos grups: la cervesa és la beguda preferida a l'Europa central i del nord, i el vi és la beguda més apreciada al sud del continent. En aquests països, els licors no representen ni tan sols un terç del consum i, fins i tot els països del nord d'Europa, on el consum de licors solia ser dominant, es decanten majoritàriament per la cervesa. No obstant això, aquest escenari divergeix d'alguns resultats interessants, com és el cas d'Espanya, on, segons dades recents, es consumeix més cervesa que vi. També és interessant observar que a Grècia i Espanya es consumeixen més licors propis que a Suècia i Noruega.

Aquesta doble divisió als països de la UE15 és un fenomen relativament recent. Als països nòrdics el consum de licors ha anat disminuint des de la dècada dels seixanta, quan representaven el grup de begudes alcohòliques més consumides. De manera més general, els països del nord i del centre d'Europa s'han obert al consum de vi, seguint la tendència equivalent als països productors de vi, on s'han començat a consumir altres tipus de begudes alcohòliques, especialment, cervesa. El resultat de la combinació d'aquestes tendències és l'harmonització de les preferències a la UE15, on la diversitat relativa queda reduïda a la meitat en comparació amb el nivell anterior.¹¹

Comparat amb la UE15, als països de la UE10 es prefereix el vi abans que els licors, encara que la cervesa també ocupa la primera posició, amb uns percentatges similars. Només a un país es consumeixen més licors que cap altre tipus de beguda alcohòlica: Letònia (tot i que les diverses fonts divergeixen sobre la situació a Polònia), mentre que a cinc dels altres sis països de la UE10 que disposen d'informació fidedigna es consumeix principalment cervesa i només a un país (Hongria) es prefereix el vi. Tot i així, és gairebé impossible distingir una sola tendència durant els últims 40 anys, ja que els països europeus han evolucionat en direccions totalment diverses. Els nous estats membres tampoc no mostren cap senyal d'adaptar-se conjuntament a les preferències alcohòliques de la UE15, i fins i tot se'n van allunyar durant els anys seixanta i setanta, quan els licors van guanyar popularitat.

El context del consum d'alcohol

Segons l'estereotip convencional sobre els contextos de consum d'alcohol al sud d'Europa (vegeu més endavant), en aquesta zona el consum de begudes alcohòliques està molt més vinculat als àpats que a la resta d'Europa. Tot i així, una anàlisi més detallada de la informació disponible suggereix que, tot i que aquest estereotip és parcialment vàlid, només ho és fins a cert punt. Aquesta afirmació es pot demostrar clarament amb la informació provinent de l'Eurobaròmetre, que inclou un apartat de preguntes sobre el percentatge d'alcohol que es consumeix durant els àpats. Com mostra la figura 4.9, als països del sud d'Europa hi ha més tendència a consumir més alcohol durant els àpats que a la resta de zones, i Itàlia, Portugal i França ocupen les primeres posicions pel que fa al consum de begudes alcohòliques *només* durant els àpats. No obstant això, aquest patró de consum nord-sud també presenta excepcions notables, com és el cas de Suècia, on el percentatge de persones que *només consumeixen alcohol durant els àpats* és més elevat que a Espanya, o Dinamarca, on el nombre de persones que *consumeixen alcohol principalment o només durant els àpats* és més alt que a Espanya o Grècia. Per tant, hi ha evidències que demostren que, tot i que l'existència d'una tendència sòlida que recolza la validesa d'aquest estereotip, la forma més simple d'aquesta tendència no retrata la realitat del consum d'alcohol a Europa.

Altres dades comparatives confirmen que aquests resultats no són només una anomalia estadística, tot i contradir informació més anecdòtica (Allamani [et al.], 2000). Per exemple, els primers resultats de l'Eurobaròmetre mostren que, a Dinamarca, es beu més cervesa durant els àpats que en qualsevol altra situació (Hupkens, Knibbe i Drop, 1993). Més enllà de les enquestes de l'Eurobaròmetre, els resultats de l'estudi GENACIS també indiquen

¹¹ La dispersió relativa es calcula com el coeficient de variació (CV), que es descriu a la nota al peu número 8.

que la freqüència relativa de consum durant els àpats, comparada amb el consum en un bar, és molt més elevada a Suècia que a la resta de països Europeus (inclosa Espanya), tant en la població masculina com femenina (Ahlström [et al.], 2005).¹² Aquest fenomen podria estar relacionat amb els resultats obtinguts amb les freqüències de consum general (més endavant), ja que, en el cas d'Espanya, hi ha més tendència a beure alcohol durant qualsevol àpat del dia i, per tant, en aquest país els resultats de les preferències relatives mostren una freqüència de consum general molt més elevada.

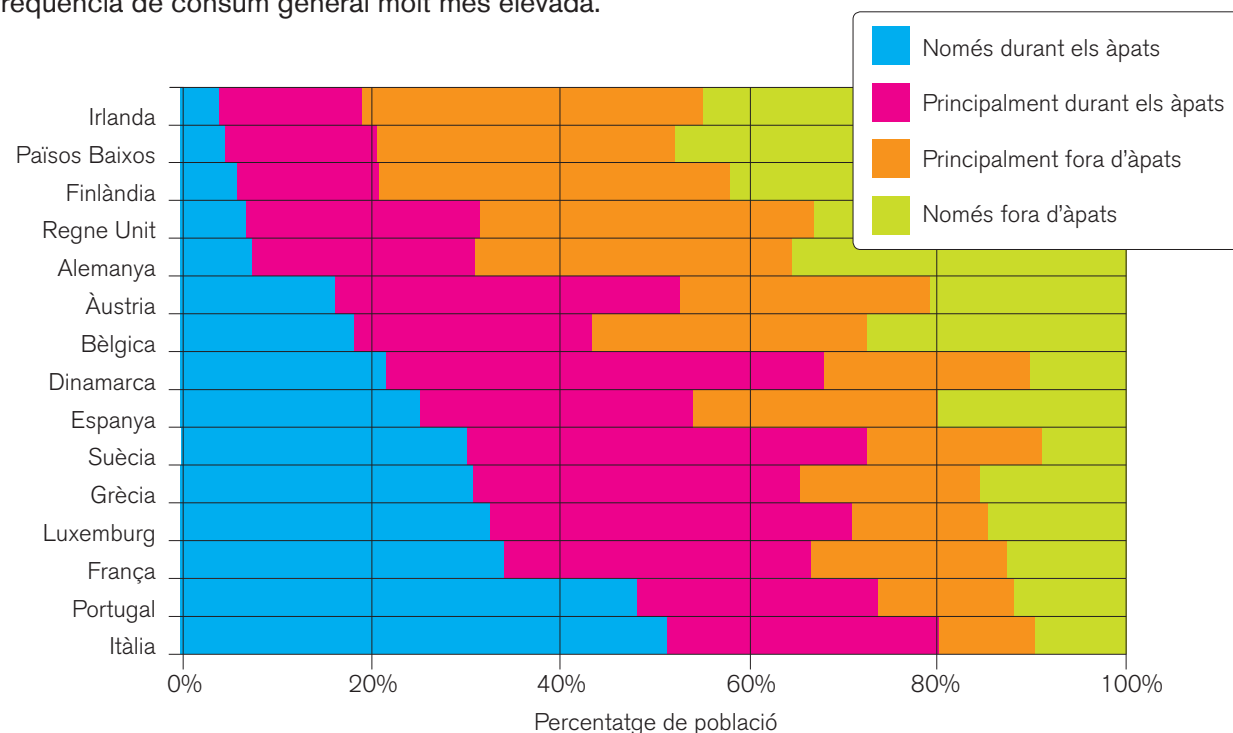


Figura 4.9: Consum d'alcohol durant els àpats a la UE15.

Font: informació de l'Eurobaròmetre (Eurobaròmetre, 2003).

Els resultats de l'estudi ECAS proporcionen una visió més detallada d'aquest aspecte, ja que mostren la distribució de les ocasions de consum d'alcohol en contextos diferents (Leifman, 2002). El resultat més impactant és que el percentatge d'ocasions de consum d'alcohol durant el sopar, que representa, aproximadament, un 40% del total, es manté pràcticament constant a tots els països. Només hi ha dues excepcions, una en cada direcció: a Finlàndia, la proporció és més baixa (aproximadament, un 20% de les ocasions de consum es produeixen durant aquest àpat), mentre que en la població femenina de Suècia el percentatge és més elevat (un 60% de totes les ocasions de consum). Els altres tres contextos estudiats mostren variacions considerables, especialment, pel que fa al consum d'alcohol durant el dinar (entre un 30% i un 50% al sud d'Europa i un 15% o menys a la resta de països), i el consum a casa fora d'àpats (més d'un 40% a Finlàndia comparat amb un 5% o menys a Itàlia

¹² També es poden comparar les freqüències de consum d'alcohol en diversos contextos amb la freqüència total de consum d'un informe individual de l'estudi GENACIS (Mäkelä [et al.], 2005). No obstant això, aquesta operació proporciona uns resultats que no són plausibles (més del 100% de les ocasions de consum d'alcohol tenen lloc durant els àpats). Els autors no han tingut en compte aquest plantejament i, per tant, els resultats no s'inclouen en aquest informe. Aquests resultats poden ser deguts a errors de resposta o bé a l'existència de múltiples contextos per a una sola ocasió de consum.

i en la població femenina de França). Tot i que el tema es tracta més endavant a l'apartat sobre el consum d'alcohol en els joves, val la pena remarcar que l'estereotip del consum d'alcohol durant els àpats al sud d'Europa és menys constant en els joves. Per exemple, al Regne Unit, les persones en aquesta franja d'edat beuen alcohol durant els àpats (fins i tot en termes absoluts) amb més freqüència que a França, amb un percentatge similar al nivell registrat a Itàlia.

El consum d'alcohol en públic també és un aspecte interessant, tant des d'una perspectiva cultural com de salut pública, tot i que les definicions culturals dels llocs públics on es consumeix alcohol encara són més complexes que les definicions d'ocasions de consum de menjar (vegeu el capítol 4 i Single [et al.], 1997; Rehm [et al.], 2004). Pel que fa al consum de begudes alcohòliques als bars, pubs i discoteques, els resultats de l'estudi GENACIS indiquen que la freqüència de consum més elevada es registra a Espanya (89 ocasions l'any en el cas dels homes, i 38 en el cas de les dones), el Regne Unit (57 i 25) i Hongria (43 en el cas dels homes, però molt menys en el cas de les dones), mentre que, als països nòrdics, la freqüència se situa per sota de les 20 ocasions l'any en el cas dels homes i 10 ocasions l'any en el cas de les dones (Ahlström [et al.], 2005). Paral·lelament, l'estudi ECAS també assenyalava que el Regne Unit és el país amb una freqüència més elevada de consum d'alcohol als bars i restaurants (juntament amb França i Itàlia en una proporció menor), mentre que Suècia és el país amb la freqüència de consum més baixa (Leifman, 2002).

Malauradament, l'explicació d'aquests càlculs és bastant més complicada, ja que els resultats d'ambdós estudis es contradiuen. Tot i que es podria deure, principalment, a la menor freqüència de consum dels països nòrdics, hi ha altres resultats de l'estudi GENACIS que suggereixen que el percentatge d'ocasions de consum d'alcohol als pubs també és més baix als països nòrdics (Ahlström [et al.], 2005).¹³ Per contra, segons l'ECAS, el consum d'alcohol als restaurants i pubs a França i Itàlia representa menys del 20% de totes les ocasions de consum (igual que en el cas dels homes a Alemanya i de les dones a Suècia), mentre que totes les altres combinacions gènere-país presenten nivells d'entre un 20% i un 27% (Leifman, 2002). Els resultats que indiquen que a tots els països els joves (i especialment les noies) són el grup que consumeixen alcohol amb més freqüència als llocs públics són més consistents, la qual cosa mostra una tendència oposada al consum durant els àpats, analitzat més amunt (vegeu també l'apartat sobre les persones joves més endavant).

Freqüència de consum d'alcohol

La informació sobre el consum per capita és molt útil des d'una perspectiva de salut pública (vegeu també el capítol 6). Tot i així, no indica si l'alcohol es consumeix en petites quantitats durant moltes ocasions o bé si tot l'alcohol consumit en un mes s'ingereix en una sola ocasió (aquest aspecte també està relacionat amb la mesura de consum intensiu, vegeu més endavant). Per tant, pot ser de gran utilitat estudiar la freqüència de consum als diversos països de la UE, tot i que, per ser un concepte simple, cal tenir en compte un nombre sorprenent de complicacions a l'hora d'acordar el mètode per mesurar aquesta freqüència. Molts estudis sobre l'alcohol inclouen preguntes sobre la freqüència de consum de determinades begudes alcohòliques,

¹³ Com s'ha descrit a la nota al peu anterior (número 12), aquest estudi presenta alguns problemes metodològics i, per tant, només és indicatiu.

però, en aquest cas, segueix essent problemàtic sumar les freqüències dels diversos tipus de beguda per obtenir una sola xifra que englobi tot tipus d'alcohol.¹⁴ A la majoria d'estudis també hi ha la suposició implícita que només hi pot haver una ocasió de consum d'alcohol al dia.¹⁵ No obstant això, si comparem els resultats dels diversos mètodes de mesurament podem obtenir una imatge aproximada de la freqüència de consum d'alcohol arreu d'Europa.

En general, la freqüència de consum d'alcohol és més elevada als països del sud de la UE15 que als països del nord. A tall d'exemple, l'estudi ECAS mostra que el consum diari és més comú a Itàlia (40% en el cas dels homes i 20% en el cas de les dones), i després a França (aproximadament, la meitat del nivell registrat a Itàlia). A més, el consum diari és molt menys freqüent a la resta d'Europa, i els valors més baixos provenen de Finlàndia i Suècia (Hemström, Leifman i Ramstedt, 2001).¹⁶ De manera similar, segons les dades de l'Eurobaròmetre, la mitjana de dies de consum d'alcohol més elevada es registra a Portugal, Itàlia i Espanya (19 o més dies al mes), mentre que els països amb una freqüència més baixa, de menys de 10 dies al mes, són Finlàndia i Suècia (Eurobaròmetre, 2003).¹⁷

Malgrat que aquesta tendència sigui general, tampoc no és veritat que representi un simple patró europeu gradual de nord a sud. Per exemple, les dades obtingudes amb l'Eurobaròmetre mostren que la freqüència de consum d'alcohol a Grècia és menor que a gairebé tots els països membres de la UE15, incloses Dinamarca i la part oriental d'Alemanya (Eurobaròmetre, 2003). En canvi, la informació procedent de l'estudi GENACIS (que empra, principalment, un mètode més precís)¹⁸ suggereix que l'escenari és molt més complex, amb un nombre d'ocasions de consum anuals en els homes austríacs molt més alt (175) que els nivells registrats a Espanya, i una freqüència de consum força elevada tant a Alemanya com a Suïssa (Mäkelä [et al.], 2005). En el cas de les dones, les diferències encara són més sorprenents. Per exemple, a Espanya, la freqüència de consum de la població femenina se situa prop de la mitjana europea, mentre que als Països Baixos i el Regne Unit s'obtenen els resultats més elevats de consum freqüent d'alcohol de tot Europa. Tot i així, tal com succeïa amb l'altre estudi, les freqüències de consum més baixes segueixen provenint de diversos països nòrdics i d'Hongria (vegeu més endavant).

Un dels aspectes interessants que s'observa quan s'estudia la freqüència de consum d'alcohol és que els patrons de consum diari difereixen dels patrons de consum freqüent

però no diari. Tal com mostra la figura 4.10, pel que fa al consum diari s'aprecia un clar patró gradual de nord a sud del continent sense cap excepció (Hemström, Leifman i Ramstedt, 2001). Però, en canvi, el consum d'alcohol entre quatre i cinc cops per setmana és molt més comú al Regne Unit que a la resta de països. En aquest país, la proporció de consum d'alcohol entre quatre i cinc cops per setmana o més és molt més elevada que a Alemanya, i equivalent a les xifres registrades a França. Quan s'analitza el consum d'alcohol com a mínim de dos a tres cops per setmana, al Regne Unit la proporció és més alta que a França o Alemanya (que són similars entre ells), i no s'allunya gaire del nivell d'Itàlia. Si s'observa el resultat obtingut a Irlanda, igualment sorprenent (Ramstedt i Hope, 2003), queda patent que mesurar un aspecte del consum d'alcohol amb un patró rígid de variació nord-sud pot contradir l'escenari que s'obté quan s'inclouen més detalls.

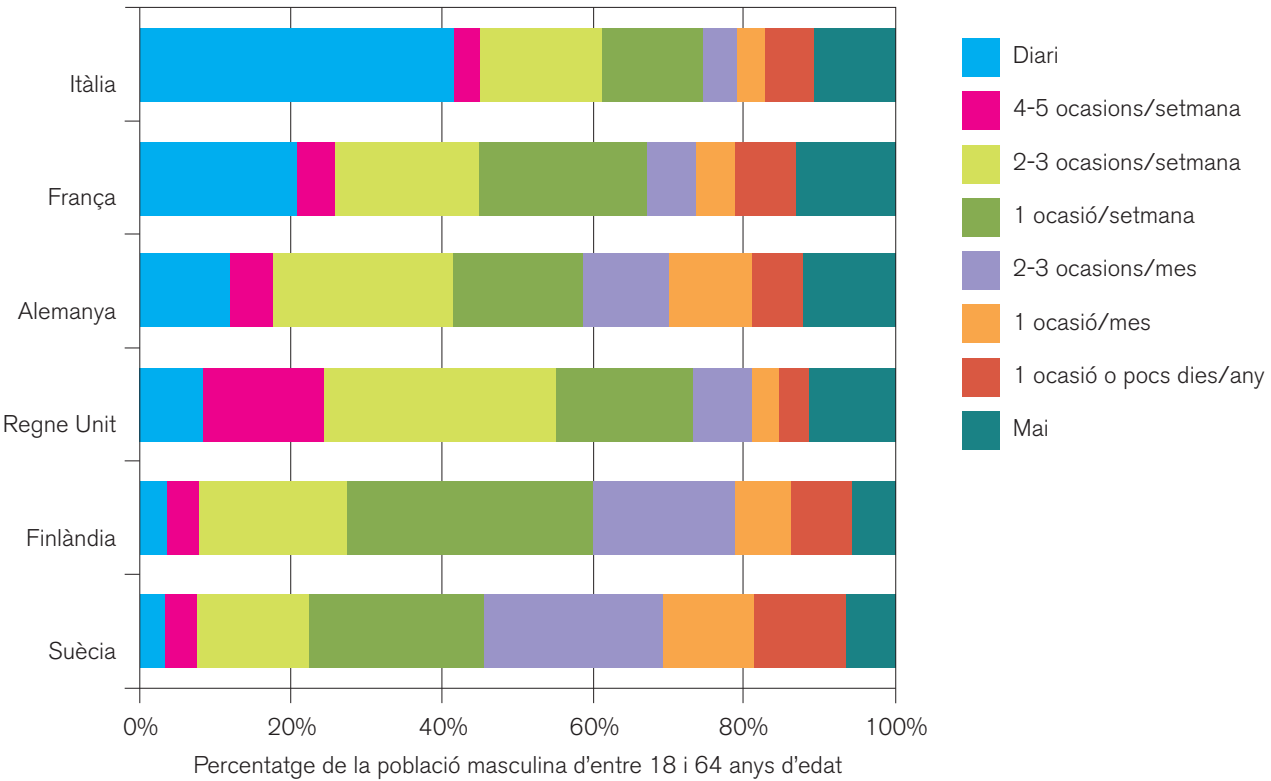


Figura 4.10: Freqüència de consum en la població masculina de sis països de la UE (segons el tipus de beguda alcohòlica que més es consumeix).

Font: ECAS (Hemström, Leifman i Ramstedt, 2001).

Tot i que hi ha menys informació disponible sobre la UE10, alguns indicadors assenyalen que la freqüència de consum a molts països membres de la UE10 tendeix a ser més baixa que a la majoria de països de la UE15. Per exemple, segons una comparació recent entre els països bàltics i Finlàndia (Helasoja [et al.], 2005), el consum freqüent és menys comú a Estònia i, especialment, a Letònia i Lituània que a Finlàndia, que, al mateix temps, és un dels països d'Europa amb un nivell més baix de consum freqüent.¹⁹ Si s'analitzen tots els tipus de

¹⁴ La pregunta ideal per calcular la freqüència general de consum d'alcohol fa referència a la freqüència de cada tipus de beguda per separat (per exemple, Mäkelä [et al.], 2005). En cas contrari, caldria aplicar un d'aquests altres mètodes aproximatius: (a) la freqüència de consum d'alcohol del tipus de beguda alcohòlica més freqüent; (b) la suma de les freqüències de consum de totes les begudes alcohòliques (com és el cas de les dades de l'Eurobaròmetre). Tot i que, més endavant, s'empren tots dos mètodes, cal recordar que l'opció (a) infravalora la freqüència de consum als països on només es beu un tipus de beguda en una ocasió determinada, mentre que l'opció (b) sobrevalora la freqüència de consum als països on, a la majoria d'ocasions de consum, es barregen diversos tipus de begudes alcohòliques.

¹⁵ Però aquesta suposició no sempre és certa (per exemple, es pot beure alcohol durant el dinar i, al vespre, tornar a consumir alcohol en un bar), especialment, els dies festius, i cal pararesment a la diferència que existeix entre les ocasions de consum i els dies de consum (Leifman, 2002).

¹⁶ Freqüència de consum d'alcohol segons la beguda alcohòlica més consumida.

¹⁷ Freqüència de consum d'alcohol calculada amb la suma de les freqüències de consum de cervesa, vi, licors i altres begudes alcohòliques.

¹⁸ A la majoria d'estudis del projecte GENACIS (exceptuant França i Noruega), les dades sobre la freqüència de consum d'alcohol es basen en una pregunta específica que fa referència al consum de tot tipus de begudes alcohòliques.

¹⁹ El consum freqüent d'alcohol es defineix com el consum de 15 begudes alcohòliques o més per setmana en el cas dels homes i cinc begudes alcohòliques o més en el cas de les dones.

freqüències, el consum d'alcohol dels homes estonians i les dones letones és relativament freqüent, però amb totes les altres combinacions de país i gènere dels països bàltics les freqüències de consum són baixes (McKee [et al.], 2000; les freqüències baixes equivalen, aproximadament, a les registrades per a la franja de 45-64 anys d'edat a Polònia (Bobak [et al.], 2004). D'altra banda, la informació que proporciona l'estudi GENACIS mostra que la freqüència de consum a Hongria també és de les més baixes d'Europa en el cas dels homes i la més baixa en el cas de les dones (Mäkelä [et al.], 2005). En canvi, la freqüència de consum d'alcohol a la República Txeca se situa, com a mínim, al nivell de la mitjana de la UE (Kubicka [et al.], 1998); Mäkelä [et al.], 2005). Segons altres estudis, la freqüència de consum d'alcohol a Polònia és notablement menor que a la República Txeca, tot i que aquest estudi comprèn només la població de 45 a 64 anys d'edat, que pot presentar un patró de consum diferent que el total de la població (Bobak [et al.], 2004). No obstant això, es pot suggerir provisòriament que, com a mínim a cinc dels deu nous estats membres, la freqüència de consum d'alcohol se situa a la cua dels nivells registrats a la UE15.

Com succeeix amb la majoria d'aspectes dels patrons de consum d'alcohol, la manca de dades comparables a llarg termini fa que sigui difícil fer cap afirmació definitiva sobre les tendències de la freqüència de consum (Simpura i Karlsson, 2001). Tot i així, hi ha una anàlisi provisional que compara les dades de l'Eurobaròmetre de l'any 1988 i els resultats de l'estudi ECAS fent servir metodologies similars (Leifman, 2002).²⁰ Segons aquesta anàlisi, la freqüència de consum d'alcohol s'ha harmonitzat als països que formen part de l'ECAS, amb un descens de la freqüència a Alemanya, França i, especialment, Itàlia, i s'ha estabilitzat a la resta de països (a més d'un augment en la població masculina a Finlàndia i Suècia). Aquesta tendència pot estar relacionada amb una variació gradual nord-sud, més evident entre el grup poblacional de més edat (45-59 anys) que en la franja d'edat intermèdia (30-44 anys) i, especialment, la franja de població més jove (15-29 anys) al mateix estudi (vegeu també Mäkelä [et al.], 2005). Per exemple, al Regne Unit, els homes joves consumeixen alcohol amb una freqüència molt més elevada que a França, mentre que, a Finlàndia, Alemanya i Suècia, els homes joves presenten una freqüència de consum similar (vegeu també l'apartat dedicat a les persones joves més endavant).²¹ El grup poblacional que menys s'adapta a l'escenari convencional que varia de nord a sud és el col·lectiu de les dones joves. En aquest aspecte, es registren freqüències de consum similars al Regne Unit i Itàlia (elevada), i a Finlàndia i França (baixa) (Leifman, 2002).

Per tant, tot i que, durant els anys vuitanta, les freqüències de consum d'alcohol es podrien representar amb certa precisió com un quadre simple que varia gradualment de nord a sud, les complexitats que s'han analitzat en aquest apartat suggereixen que cal ser prudent a l'hora d'aplicar aquest concepte a l'actualitat.

²⁰ La freqüència de consum d'alcohol s'ha calculat sumant les freqüències de consum de cervesa, vi i licors, excloent els abstemis.

²¹ Aquestes comparacions entre país i franja d'edat s'han calculat d'acord amb les tres mesures emprades a l'estudi ECAS: freqüències de consum d'alcohol segons la beguda, suma de la freqüència de consum de cervesa, vi i licors, i suma de totes les ocasions de consum d'alcohol (durant el dinar, durant el sopar, a casa fora d'àpats, fora de casa sense acompanyar un àpat) durant els últims set dies. Totes aquestes opcions proporcionen patrons semblants per a les tendències esmentades al text.

Intoxicació i consum intensiu

Durant els últims anys, el consum intensiu ha estat el centre de gran part dels debats als mitjans de comunicació europeus. Tot i així, és un concepte que se sol interpretar de manera incorrecta. El consum intensiu s'estudia amb la intenció d'investigar les ocasions de consum d'alcohol que desemboquen en un estat d'embriaguesa o *intoxicació* que, al pròxim capítol, es defineix com un estat de discapacitat funcional causada pel consum d'alcohol, que resulta especialment rellevant per la seva relació amb diversos problemes socials i de salut (Kuntsche, Rehm i Gmel, 2004; vegeu també el capítol 5). Per tal d'avaluar aquest fenomen de manera objectiva i evitar caure en certs perjudicis, se sol mesurar calculant les ocasions úniques de consum d'alcohol durant les quals s'ingereix més d'una quantitat determinada de begudes (normalment, més de cinc o sis). Tot i així, cal tenir en compte que, diferents persones en diferents *ocasions úniques de consum d'alcohol* es poden embriagar de maneres molt diverses amb la mateixa ingesta d'alcohol (vegeu, per exemple, Beirness, Foss i Vogel-Sprott, 2004).

Per evitar confusions, en aquest capítol *només* es farà servir el terme *consum intensiu* per fer referència a les ocasions de consum registrades que superin un nivell de tall determinat. En canvi, *intoxicació* i *embriaguesa* s'utilitzaran per descriure com valoren les persones el seu estat després d'ingerir alcohol (vegeu també el capítol 1).²²

Un altre dels problemes relacionats amb aquest aspecte, fins i tot si només s'analitzen les mesures del consum intensiu, és que molt estudis no són comparables entre ells, ja que empren tècniques de mesurament diferents. Fent servir la definició més comuna,²³ només es pot afirmar que, a Espanya, un 11% de la població masculina duu a terme un consum intensiu d'alcohol un cop per setmana, comparat amb una proporció d'entre un 20% i un 30% a la UE10, amb patrons similars en el cas de les dones, d'entre un 3% i un 6%. Un estudi comparatiu realitzat a la regió del Bàltic proporciona informació més precisa. Segons aquest estudi, a Estònia, Finlàndia, Letònia i Lituània, entre un 40% i un 50% dels homes duen a terme un consum intensiu d'alcohol, com a mínim, un cop al mes.²⁴ L'estudi també indica que, a Estònia, la prevalença del consum intensiu mensual en les dones no arriba al 10%, tot i que, a la resta de països analitzats, se situa entre un 10% i un 20% (Helasoja [et al.], 2005). Un altre estudi comparatiu basat en una altra definició d'episodis de consum intensiu suggereix que, a Polònia, el percentatge d'episodis de consum intensiu en les persones de 45 a 64 anys d'edat és del 12% en el cas dels homes i del 2% en el cas de les dones, comparat amb un 17% i un 4%, respectivament, a la República Txeca (Bobak [et al.], 2004).²⁵ Malgrat l'existència d'aquests estudis, resulta molt complicat combinar totes aquestes xifres per presentar una perspectiva europea conjunta coherent sobre el consum intensiu d'alcohol.

²² El terme *consum compulsiu* ha rebut algunes crítiques que el consideren estigmatitzant (entre altres dificultats), la qual cosa ha comportat que alguns professionals el substitueixin pel terme *episodi concentrat de consum* (Carey, 2001) (que, en realitat, hauria de ser *episodi de consum intensiu*). No obstant això, aquesta terminologia resulta bastant incòmoda, a més de ser poc coneguda pels responsables polítics, els mitjans de comunicació i el públic. Tenint en compte la funció d'aquest informe, en aquest capítol s'ha emprat el terme *consum intensiu* (per consultar les definicions, vegeu el capítol 1).

²³ Consum de cinc o més *begudes alcohòliques estàndard* en una sola ocasió (Organització Mundial de la Salut, 2004).

²⁴ Consum intensiu definit com la ingesta de sis o més begudes alcohòliques *habituals de restaurant* en una sola ocasió.

²⁵ Consum intensiu definit com la ingesta de 80 g o més d'alcohol en una sola ocasió durant el darrer mes.

La informació més fidedigna sobre els països membres de la UE15 prové de dos estudis explícitament comparatius realitzats durant els últims anys i que inclouen diversos països de la Unió. El primer d'aquests dos estudis és l'enquesta de l'Eurobaròmetre,²⁶ que assenyala que, comparats amb la resta de països de l'estudi, als països d'Europa del sud en conjunt el percentatge de persones que experimenten el consum intensiu un cop al mes és notablement inferior (24% comparat amb un 40%), tal com demostra el fet que Finlàndia i Irlanda tripliquin el nivell registrat a Itàlia. Tot i que el patró que apareix a la figura 4.11 deixa veure clarament una variació gradual de nord a sud del continent, cal remarcar que Suècia és una excepció, ja que el nivell registrat a aquest país és més baix que a qualsevol altre país excepte Itàlia, i menys de dues terceres parts del nivell obtingut a Portugal.

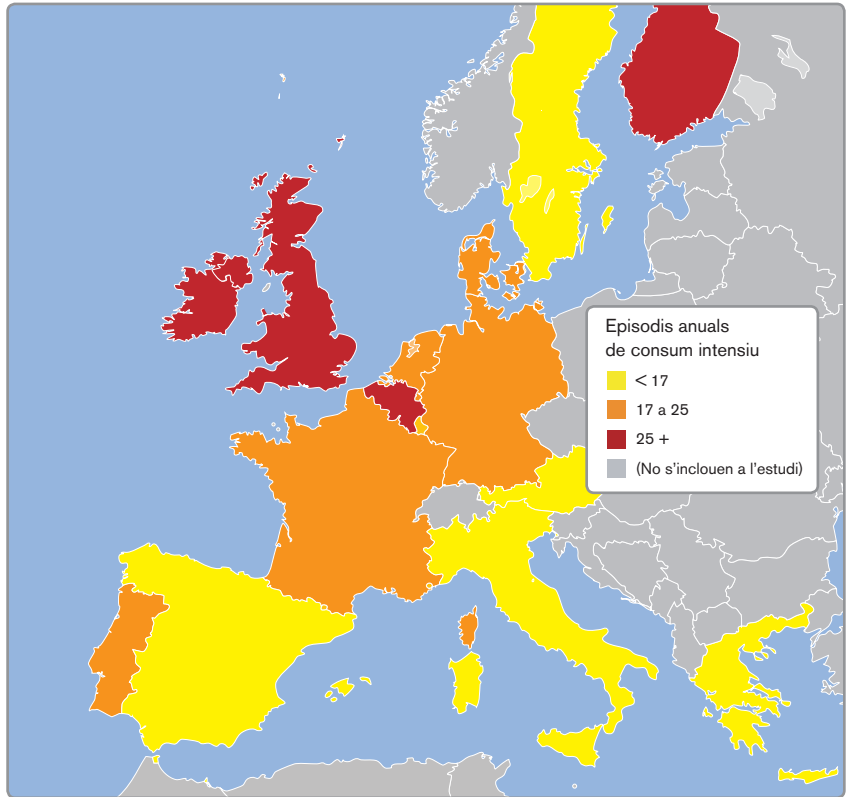


Figura 4.11: Episodis de consum intensiu en la població adulta.
Cinc pintes de cervesa, una ampolla de vi o cinc xopets de licor en una sola ocasió.
Font: Eurobaròmetre, 2003.

²⁶ El consum d'alcohol fins a la intoxicació es defineix com la ingesta de 2,8 litres (cinc pintes) de cervesa, una ampolla de vi o cinc xopets de licor en una sola ocasió; el percentatge mostra el nombre de consumidors que ingereixen aquestes quantitats un cop al mes (Eurobaròmetre, 2003). Aquestes xifres solen infravalorar la proporció relativa de consum intensiu als països on es consumeix més cervesa, ja que la definició de *consum intensiu* de cervesa inclou una quantitat d'alcohol més elevada que en el cas d'altres begudes alcohòliques.

L'estudi ECAS²⁷ també suggereix un patró general que varia gradualment de nord a sud i que presenta algunes excepcions. Segons aquest estudi, el percentatge més elevat de consum intensiu amb relació a totes les ocasions de consum es produeix a Irlanda i el Regne Unit, mentre a França i Itàlia és on s'obtenen els percentatges més baixos. Pel que fa al nombre de persones amb consum intensiu per setmana, Suècia torna a ser l'excepció al patró nord-sud, amb una freqüència més baixa que a la resta de països, exceptuant França. A més, en contra de les conclusions de l'Eurobaròmetre, encara és més sorprenent que la mitjana d'episodis de consum intensiu a Itàlia superi la mitjana de Finlàndia. Si s'examinen els resultats detalladament, resulta evident que la mesura concreta que s'empra per comparar les dades té un paper fonamental a causa de la variada distribució de les persones que duen a terme un consum intensiu d'alcohol als diversos països. Si s'analitzen les últimes posicions de l'estudi,²⁸ s'observa que, en comparació amb la resta de països, a Alemanya, França i Itàlia hi ha un gran nombre de persones que mai o gairebé mai no han experimentat episodis de consum intensiu. No obstant això, si es tenen en compte les primeres posicions,²⁹ a Itàlia, la proporció de persones que experimenten episodis de consum intensiu habitualment és relativament elevada i supera els nivells de Suècia i Alemanya en ambdós gèneres (un resultat que cal interpretar juntament amb els resultats sobre la freqüència de consum, analitzats a l'apartat anterior).

No hi ha cap altre estudi comparatiu europeu que investigui aquesta qüestió amb més profunditat, ja que els estudis amb certa rellevància o bé no disposen de dades rellevants sobre el sud d'Europa (GENACIS) o bé se centren exclusivament en grups petits de països (estudis comparatius nòrdics). En el cas de Suècia, tot i que els estudis del projecte GENACIS asseveraven els percentatges reduïts de consum intensiu en aquest país (Mäkelä [et al.], 2005), els estudis dels països nòrdics no assenyalen que Suècia tingui un índex més baix de consum intensiu que Finlàndia o Noruega (malgrat els problemes comparatius; vegeu Mäkelä [et al.], 1999:5, 40, 51).

Un altre estudi ha emprat com a mesura alternativa la informació sobre els episodis d'intoxicació proporcionada pels enquestats, tot i que és possible que els resultats es vegin afectats per les diferents interpretacions possibles del concepte *embriaguesa*. Per exemple, a Dinamarca, els participants de l'estudi afirmen que el consum intensiu (definit com el consum de sis o més begudes alcohòliques) és més freqüent que la intoxicació, mentre que, segons els finlandesos, la tendència vàlida és l'oposada (Mäkelä [et al.], 2001). Aquest mètode de mesurament resulta especialment problemàtic als països del sud d'Europa, on embriagar-se és un acte relativament estigmatitzat (Pyörälä, 1995). Per aquest motiu, es pot donar el cas que les persones enquestades neguin haver-se embriagat, si bé la quantitat d'alcohol que diuen haver consumit indica el contrari (vegeu també l'apartat dedicat a la gent jove més endavant). A banda d'aquestes puntualitzacions, els estudis sobre la intoxicació

²⁷ El consum d'alcohol fins a la intoxicació es defineix com la ingesta de 2,3 litres (quatre pintes) de cervesa, una ampolla de vi o 25 cl de licors en una sola ocasió (Hemström, Leifman i Ramstedt, 2001). Com succeeix amb la definició de l'Eurobaròmetre, les definicions de *consum intensiu* amb relació a diversos tipus de begudes alcohòliques no inclouen la mateixa quantitat d'alcohol i, per tant, els resultats s'han d'interpretar amb certa prudència (Leifman, 2002; Ramstedt i Hope, 2003).

²⁸ Percentatge de consumidors que experimenten episodis de consum intensiu uns quants dies l'any o menys.

²⁹ Percentatge de consumidors que experimenten episodis de consum intensiu cada setmana o amb més freqüència.

que es basen en valoracions personals també presenten certs avantatges, ja que permeten capturar millor les diferències individuals i les diferències de la situació de consum (vegeu més amunt), tot i que hi ha poca informació sobre la variació de la *durada* de les ocasions de consum d'alcohol als diversos països d'Europa (malgrat les cites a Pyörälä, 1995). A l'estudi de l'Eurobaròmetre, la valoració personal d'*haver begut massa* segueix el mateix patró que el consum intensiu (els italians declaren menys ocasions en les quals han consumit massa alcohol que el finlandesos, mentre que les xifres més altes s'obtenen a Irlanda i el Regne Unit), però la variació entre els diferents països és més acusada. Hi ha molt poca informació que permeti realitzar un seguiment temporal d'aquests fenòmens, però, d'acord amb les dades a llarg termini registrades a Finlàndia, els canvis que es puguin produir són, normalment, molt lents (Simpura, Karlsson i Leppänen, 2001).

A la UE15 en conjunt, i segons les valoracions personals dels enquestats, la freqüència mitjana de les ocasions en què han «begut massa» equival, aproximadament, a cinc ocasions l'any, mentre que la freqüència mitjana de consum intensiu representa, aproximadament, disset ocasions l'any (entre un 10% i un 60% de les ocasions de consum d'alcohol per a la població masculina i, aproximadament, la meitat per a la població femenina).³⁰ Aquestes xifres impliquen que 40 milions de ciutadans de la UE15, és a dir, un de cada vuit, «beuen massa», com a mínim, un cop al mes, o que 100 milions de ciutadans de la UE15, és a dir, gairebé una de cada tres persones adultes, experimenten el consum intensiu, com a mínim, un cop al mes.³¹

Patrons de consum d'alcohol en un context europeu i internacional

Ateses les dificultats a l'hora d'obtenir dades comparatives en un context europeu, no ens ha de sorprendre que comparar el consum d'alcohol a Europa amb la resta del món també sigui una tasca complicada. Tanmateix, amb l'objectiu de fer una comparació aproximada, s'ha calculat una mesura elemental vàlida per a diversos països que es basa en diferents estudis informatius clau i en l'avaluació dels experts de la limitada evidència de què es disposa (Rehm [et al.], 2001; Rehm [et al.], 2003). Aquest *valor de patró* representa un primer intent per tenir en compte l'efecte dels patrons de consum d'alcohol a l'estudi Global Burden of Disease de l'Organització Mundial de la Salut (vegeu el capítol 6), i se centra en diversos àmbits dels patrons de consum que solen comportar conseqüències sanitàries.³² Per calcular aquesta mesura s'han analitzat els resultats de l'avaluació dels experts i els estudis informatius clau i s'han combinat en una única mesura sumària, tal com mostra la figura 4.12.

³⁰ Freqüència mitjana europea i nombre d'europaus que s'embraguen cada mes, obtinguts de les dades de l'Eurobaròmetre sobre ingesta d'alcohol en una sola ocasió; percentatge d'ocasions de consum d'alcohol obtingut de l'estudi ECAS.

³¹ Com a anàlisi de sensibilitat, el nombre mitjà d'episodis de consum intensiu anuals s'ha calculat a partir de les dades de l'estudi ECAS (extrapolant la informació de l'estudi a cadascun dels tres grups de països). Amb aquest mètode, el resultat obtingut és molt similar: 15-16 episodis de consum intensiu anuals (segons si s'inclouen les últimes dades d'Irlanda o no). Segons una altra estimació del nombre d'episodis de consum intensiu setmanals (en lloc de mensuals) de l'estudi ECAS, el resultat estimat és de 35 milions de ciutadans adults a la UE15 (11% del total de la població adulta).

³² El llistat complet de variables és el següent: (i) consum diari d'alcohol (puntuació inversa); (ii) freqüència d'episodis d'intoxicació; (iii) quantitat habitual per ocasió de consum alcohòlic; (iv) episodis de consum intensiu a festes; (v) consum d'alcohol durant els àpats; i (vi) consum d'alcohol a llocs públics. Per consultar una descripció sobre la puntuació de les respostes a aquestes preguntes, vegeu la descripció i els apèndixs a Rehm *[et al.]*, 2003.

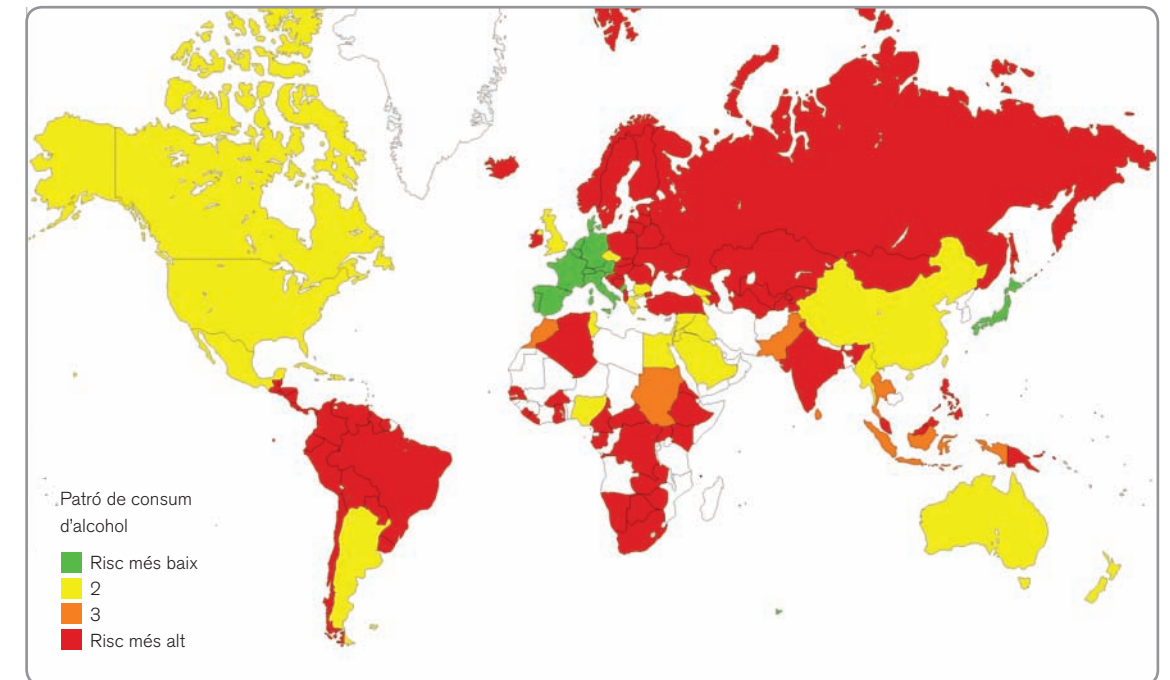


Figura 4.12: Distribució mundial dels patrons de consum d'alcohol.

Font: Organització Mundial de la Salut, 2005.

A l'hora d'interpretar el mapa cal tenir present que la figura representa una estimació de l'efecte del patró de consum a cada país, independentment del nivell de consum d'alcohol (de fet, la relació d'ambdues variables no és ni positivament ni estadísticament significativa). Com s'aprecia a la figura 4.12, els patrons de consum d'alcohol a Europa es troben entre els menys perjudicials de tot el món, tot i que hi ha algunes zones on encara es registren patrons de consum relativament nocius, especialment, als països del nord i de l'est del continent. Els nivells de nocivitat de cada país són un reflex *tant dels patrons de consum com del consum alcohòlic*, i, com que a Europa es registra un dels nivells de consum d'alcohol més elevats del món, cal tenir en compte que aquests patrons relativament menys perjudicials coexisteixen amb nivells de consum considerablement perjudicials (vegeu el capítol 6).

Malgrat la naturalesa innovadora de gran part de l'anàlisi, hi ha diversos problemes importants que requereixen prudència a l'hora de fer servir aquest valor de patró per comparar els països europeus entre ells. En primer lloc, la justificació de la selecció i la valoració de les dades sobre els patrons de consum per crear una variable de patró no és prou clara, i sovint va més enllà de les dades epidemiològiques disponibles basades en les hipòtesis de treball. En segon lloc, manca informació en molts àmbits, i les dades utilitzades es basen en avaluacions d'experts sobre, per exemple, si el consum d'alcohol als llocs públics és un fet *comú i es produeix diàriament* o no. Aquest tipus d'avaluacions poden estar basades en les estimacions d'investigadors locals, que —tot i que són millor que res— sovint són contradites per altres investigacions posteriors (per exemple, l'opinió de l'expert sobre el consum d'alcohol durant els àpats a Allamani [et al.], 2000 difereix considerablement dels resultats posteriors, presentats anteriorment). No obstant això, s'ha trobat que aquests valors de patró influeixen l'efecte del nivell de consum d'alcohol en algunes conseqüències sanitàries relacionades amb la intoxicació. Aquest factor s'analitzarà al capítol 6.

Resum dels patrons de consum d'alcohol a Europa

Tot i que en aquest apartat els diferents aspectes dels patrons de consum d'alcohol s'han tractat separatament, els resultats també es poden tornar a combinar i, d'aquesta manera, obtenir una imatge més completa del comportament de consum d'alcohol. En molts àmbits, la conclusió primordial ha estat la constatació d'un patró que varia gradualment de nord a sud entre els països de la UE15, tot i que no s'ha de considerar un patró simple ni absolut.³³ En cada cas es poden observar diverses complicacions que impliquen que els patrons de consum d'alcohol europeus només es poden entendre si es té en compte que la tendència general sempre va acompanyada d'excepcions:

- 1 **Preferències en qüestió de begudes alcohòliques:** als països del sud d'Europa, la beguda alcohòlica preferida és el vi, mentre que als països del nord i del centre del continent els consumidors es decanten per la cervesa. **No obstant això,** *les últimes dades recollides apunten que a Espanya es consumeix més cervesa que vi, i que el consum de licors propis a Grècia i a Espanya supera el dels països on, en el passat, imperava aquest tipus de beguda, com Suècia i Noruega.*
- 2 **Consum d'alcohol durant els àpats:** als països del sud d'Europa es consumeix una proporció més alta d'alcohol durant els àpats que a la resta de països de la UE15, especialment durant el dinar. **No obstant això,** *a Dinamarca i, especialment, a Suècia, el percentatge de consum d'alcohol durant els àpats supera la xifra assolida a alguns països del sud d'Europa, com és el cas d'Espanya. En general, a la majoria de països de la UE15, el percentatge del total d'ocasions de consum d'alcohol que té lloc durant el sopar és similar, però, com que als països del sud la freqüència total de consum és més elevada, es pot afirmar que en aquesta zona hi ha més tendència a beure alcohol durant qualsevol àpat.*
- 3 **Freqüència de consum d'alcohol:** els ciutadans dels països del sud d'Europa beuen alcohol amb més freqüència que els del nord del continent, i són més donats a consumir begudes alcohòliques diàriament. **No obstant això,** *hi ha molt poques evidències sobre l'existència d'un patró gradual general en el cas de la freqüència de consum alcohòlic i, a més, les xifres més elevades de dies o ocasions de consum s'han identificat a diversos països d'Europa central (especialment, en la població femenina).*
- 4 **Embriaguesa i consum intensiu:** el consum intensiu i l'embriaguesa segueixen un patró gradual del nord al sud d'Europa, és a dir, que als països d'Europa del nord aquests dos aspectes del consum d'alcohol són molt més freqüents que als països del sud. **No obstant això,** *la freqüència del consum intensiu a Suècia és més baixa que a molts dels països d'Europa del sud. A més, el consum intensiu és molt més comú al sud del continent que a la resta de països de la UE15.*

³³ Aquest aspecte és rellevant per a l'anàlisi de les tipologies de cultures de consum d'alcohol que s'han estudiat detalladament en una altra part (Room i Mäkelä, 2000), tot i que l'anàlisi no es repeteix en aquest apartat. Per a aquest informe, és suficient apuntar que, segons Room i Mäkelä, els conceptes de *cultura líquida* i *cultura seca* són cada cop més problemàtics. Els resultats en aquest àmbit també suggereixen que, tot i que la divisió pot incloure alguns aspectes dels patrons de consum d'alcohol, també serveix per ocultar-ne d'altres i, per tant, pot resultar poc útil.

D'altra banda, també queda palès que molts dels aspectes d'aquest «patró gradual de nord a sud amb excepcions» són molt menys presents en les generacions més joves (vegeu l'apartat sobre gent jove, més endavant). Per exemple, els joves del sud d'Europa solen consumir més cervesa i beure alcohol en llocs públics amb més freqüència que les generacions de més edat, i, al mateix temps, consumeixen menys vi durant els àpats. Per tant, es pot afirmar que les preferències en qüestió de begudes i (a partir de la poca informació disponible), segurament, la freqüència de consum d'alcohol, s'han harmonitzat parcialment. Si els patrons de la gent jove representen una cohort i no un efecte de l'edat, és possible que els patrons de consum d'alcohol europeus encara s'homogeneïtzin més.

Identificar uniformitats als països membres de la UE10 és una tasca encara més complexa, ja que la poca informació de què es disposa suggereix que aquests països comparteixen ben pocs aspectes dels patrons de consum d'alcohol. Tot i així, hi ha alguns suggeriments sobre les possibles diferències entre la UE10 i la UE15:

- 1 **Preferències en qüestió de begudes alcohòliques:** a molts dels països de la UE10 es consumeixen més licors que a la UE15 (inclosa Letònia, on el consum de licors supera el de qualsevol altra beguda alcohòlica).
- 2 **Freqüència de consum d'alcohol:** els ciutadans dels països de la UE10 beuen alcohol amb menys freqüència que els de la UE15.
- 3 **Consum intensiu:** a alguns països de la UE10, el consum intensiu és tan comú com a les zones de la UE15 on es registren uns nivells més elevats, tot i que la poca informació disponible en aquest àmbit fa que aquesta afirmació sigui lleugerament especulativa.

La conclusió més evident pel que fa als patrons de consum d'alcohol a la UE10 és la necessitat urgent de recollir informació comparativa des d'una perspectiva europea.

L'alcohol i els subgrups poblacionals: classe, gènere i edat

Diferències de consum d'alcohol entre ambdós gèneres

A gairebé totes les cultures estudiades, independentment del nivell de la cultura i del patró de consum, els homes adults tendeixen a beure més alcohol que les dones adultes, i, quan ho fan, ingereixen una quantitat més elevada d'alcohol (Fillmore [et al.], 1991; Wilsnack, Vogeltanz i Wilsnack, 2000). Aquestes diferències són encara més rellevants amb els comportaments de risc. Per exemple, a Europa, el consum masculí respecte del consum total d'alcohol és entre dues i tres vegades més alt que el consum femení (Leifman, 2002; Mäkelä [et al.], 2005), i els homes solen experimentar episodis de consum intensiu amb una freqüència de tres a sis vegades més elevada que les dones (Bloomfield [et al.], 1999; Ramstedt i Hope, 2003). A més, el nombre de dones que mai no han begut alcohol supera de llarg l'equivalent masculí, si bé, d'altra banda, el nombre de dones que no han consumit alcohol durant els darrers 12 mesos només supera lleugerament el percentatge d'homes (Wilsnack, Vogeltanz i Wilsnack, 2000). D'altra part, les preferències en qüestió de begudes alcohòliques també són diferents en ambdós gèneres. Les dones solen optar més pel vi i menys per la cervesa, tot i que aquest patró

diferencial no és tant evident al sud d'Europa, on el consum de vi està més estès (Hemström, Leifman i Ramstedt, 2001). Tenint en compte aquests factors, el context de consum d'alcohol també varia segons el gènere: les dones consumeixen relativament més alcohol durant els àpats que els homes i relativament menys alcohol als llocs públics. A molt països, aquesta diferència és poc important, però al Regne Unit i Hongria és molt més rellevant (Leifman, 2002; Ahlström *[et al.]*, 2005).

La desigualtat entre gèneres pot variar segons el país, però obeeix un patró geogràfic constant arreu d'Europa, tot i que un estudi comparatiu recent d'àmbit europeu assenyala que hi ha tres tipus de societats europees diferents on es poden trobar «patrons de consum d'alcohol igualitaris» (Ahlström, Bloomfield i Knibbe, 2001). Els països que s'inclouen en aquesta classificació són societats on el consum d'alcohol està ben integrat en la vida diària dels ciutadans (Itàlia) i on s'aprecien tant aquest factor com una menor ocupació laboral per part de la població femenina (Suïssa), o bé on aquests dos factors només propicien un patró igualitari en les persones amb un nivell laboral baix (Països Baixos, Alemanya). Tot i que aquestes constatacions suggereixen que els patrons igualitaris estan vinculats a la presència de l'alcohol en l'àmbit privat i a l'absència de dones als llocs de treball d'estatus elevat, una anàlisi més detallada del paper de la dona que s'inclou al mateix estudi proporciona un escenari complicat que no es pot reduir a generalitzacions transculturals (Gmel *[et al.]* 2000). Tanmateix, es pot afirmar que la desigualtat entre homes i dones pel que fa a la freqüència de consum i d'embriaguesa és més reduïda als països nòrdics i el Regne Unit, i també és sistemàticament més baixa en els joves europeus, entre els quals l'embriaguesa és més comuna (Mäkelä *[et al.]*, 2005). Aquesta afirmació també és vàlida en el cas dels adolescents, tal com s'analitzarà més endavant.

D'acord amb canvis socials més amplis, alguns experts suggereixen que durant les últimes dècades el comportament de consum d'alcohol d'ambdós gèneres s'ha homogeneïtzat. Les últimes tendències registrades al Regne Unit corroboren aquest punt de vista, amb un augment del consum mitjà en les dones joves de gairebé el doble en un període de quatre anys, juntament amb un creixement del consum fins a la intoxicació entre 1992 i 2002, al mateix temps que el consum dels homes joves es manté relativament estable (Rickards *[et al.]*, 2004). A més a més, alguns dels resultats del projecte GENACIS també apunten cap a un canvi recent als països de la UE10. Per exemple, a la República Txeca i Hongria les diferències entre gèneres en el col·lectiu més jove són molt menys importants, en comparació amb els consumidors més grans (Mäkelä *[et al.]*, 2005). Tot i així, aquestes tendències no s'observen a la resta de països europeus inclosos a l'estudi GENACIS, ni tampoc no són presents a les poques dades longitudinals disponibles, que només mostren una lleugera harmonització durant l'última part d'una anàlisi de 30 anys de duració realitzada als Països Baixos, a més d'un descens en l'abstinència en la població femenina, parcialment revocada per una tendència contrària a Finlàndia durant la segona meitat dels anys setanta (Sulkunen, 1987; Neve *[et al.]*, 1996; i, més recentment, Poelen *[et al.]*, 2005). Observant els resultats obtinguts a Finlàndia, Alemanya, els Països Baixos i Suïssa, Bloomfield *[et al.]* han trobat molt poca informació que confirmi l'homogeneïtzació dels nivells de consum i el consum de risc durant la dècada dels vuitanta (Bloomfield *[et al.]*, 2001).

L'única petita indicació que podria apuntar cap a una reducció de la diferència entre gèneres és el canvi que s'observa als percentatges de les persones que han consumit alcohol en al-

guna ocasió durant el darrer any, que, actualment, no arriba al 25% a molts països (Wilsnack, Vogeltanz i Wilsnack, 2000). Aquest fenomen s'identifica, especialment, als països nòrdics i s'atribueix a una mescla entre la igualtat de gèneres i diverses actituds generals més liberals envers l'alcohol (Simpura, Karlsson i Leppänen, 2001; Bloomfield *[et al.]*, 2001). Malgrat la manca d'harmonia demostrable (que, en part, es pot deure a la manca de dades durant un període suficientment llarg), encara s'espera que, en el futur, el consum d'alcohol de la població femenina s'acosti als nivells masculins. Per exemple, els estudis de mercat ja han identificat que «l'augment de la independència de les dones i les tendències que apunten al retardament de la creació d'una família converteixen aquest grup poblacional en un col·lectiu demogràfic clau per a les begudes alcohòliques» (Euromonitor i just-drinks.com, 2005:17).

Quadre 4.2: Les dones i l'alcohol

- A totes les cultures estudiades, els homes tendeixen a beure més alcohol que les dones. La diferència entre gèneres encara és més rellevant amb els comportaments de risc, com el consum molt elevat d'alcohol o la intoxicació.
- El consum d'alcohol durant el darrer any és més semblant entre ambdós gèneres que en el passat. Tot i així, és difícil trobar informació que demostrï que, a Europa, la diferència entre gèneres també s'ha reduït amb relació a altres aspectes del consum d'alcohol dels adults.
- Malgrat que moltes dones deixen de beure alcohol quan queden embarassades, hi ha un percentatge significatiu que continua consumint alcohol, i algunes dones no abandonen el consum de risc durant aquest període.

A part de les diferències de consum d'alcohol entre gèneres, també és important tenir en compte el consum d'alcohol de les dones durant l'embaràs, ja que cada cop hi ha més evidències que l'alcohol pot perjudicar el desenvolupament de l'embrió (vegeu el capítol 5). Tot i que moltes dones deixen de consumir alcohol quan queden embarassades, a tots els països estudiats hi ha un percentatge significatiu que continua consumint alcohol: des d'un 25% a Espanya,³⁴ fins a un 35%-50% als Països Baixos, i uns percentatges encara més elevats al Regne Unit. A més, un percentatge petit —però no insignificant— de dones embarassades continua consumint quantitats elevades d'alcohol durant aquest període, tot i que hi ha poca informació comparable sobre aquest aspecte (Hamlyn *[et al.]*, 2002; Göransson *[et al.]*, 2003; Health Council of the Netherlands, 2004; Grundberg, 2004).

³⁴ Consum mensual; les altres xifres fan referència a les dones que consumeixen qualsevol quantitat d'alcohol durant l'embaràs, fet que suggereix que la situació a Espanya es podria assemblar més a la d'altres països si les preguntes plantejades fossin idèntiques.

Desigualtats socials en el consum d'alcohol

Si tenim en compte les marcades associacions culturals al consum d'alcohol, que s'analitzen al capítol 3, no és sorprenent que els patrons de consum d'alcohol dels diferents grups socioeconòmics variïn entre ells. D'entre aquests patrons, el més constant és el que s'observa en els *grups amb un nivell socioeconòmic baix*, és a dir, els grups amb menys nivell educatiu i laboral, amb menys ingressos, o a l'atur, que tendeixen a abstenir-se més de consumir alcohol. Aquest resultat es manté constant a gairebé tots els països de la UE25 (Hupkens, Knibbe i Drop, 1993; Marmot, 1997; Simpura [et al.], 1999). A més, és vàlid per a ambdós gèneres, tot i que el nivell d'abstinència constantment més elevat de les dones (vegeu més amunt) és menor en els grups amb un nivell educatiu superior (Knupfer, 1989; Bongers [et al.], 1998).

A primera vista, hi ha poques tendències comunes pel que fa al total d'alcohol ingerit. Alguns estudis de diferents països mostren que el consum d'alcohol dels treballadors manuals és més elevat, mentre que d'altres investigacions arriben a conclusions oposades (Péquignot [et al.], 1988; Marmot, 1997; Bongers [et al.], 1998; Hemmingsson, Lundberg i Diderichsen, 1999). La manca d'una relació constant és especialment evident en un estudi històric realitzat a Suècia (Romelsjö i Lundberg, 1996; Norström i Romelsjö, 1998), que mostra que, durant el període de 1970 a 1994, el consum d'alcohol més elevat va passar del grup dels directius en llocs de treball no manual als treballadors manuals. Hi ha altres patrons que encara són més complicats pels efectes de l'edat. Així doncs, a alguns països, els joves a l'atur beuen més alcohol que els joves que disposen d'un lloc de treball, tot i que aquest patró s'inverteix a partir dels 25 anys en endavant (Temple [et al.], 1991; Casswell, Pledger i Hooper, 2003).

Quadre 4.3: Desigualtats socials de l'alcohol

- S'ha identificat un patró constant segons el qual els grups amb un nivell socioeconòmic més baix tenen més tendència a abstenir-se de consumir alcohol.
- Diversos estudis demostren que el consum d'alcohol és més freqüent als grups amb un nivell socioeconòmic més elevat, sobretot en el cas de les dones.
- Els homes amb un nivell educatiu més alt tenen menys tendència al consum elevat d'alcohol, en comparació amb un patró invers en el cas de les dones.
- La intoxicació i la dependència de l'alcohol són clarament més freqüents en les persones que pertanyen a un grup socioeconòmic baix, independentment del gènere.

Els resultats més clars són els que s'obtenen amb els homes amb un nivell educatiu baix, que solen consumir més alcohol que la resta de la població masculina, tot i que cal tenir present que el consum d'alcohol també pot influir negativament en els resultats escolars (Bongers [et al.], 1998; Casswell, Pledger i Hooper, 2003; Schnohr [et al.], 2004; Bloomfield [et al.], 2005; vegeu també Comissió Europea, 2003b). Alguns experts suggereixen que la causa

d'aquests resultats és la combinació de dues tendències diferents, ja que les persones amb un nivell educatiu més elevat beuen menys quantitat d'alcohol en una sola ocasió, però ho fan amb més freqüència. Tot i que hi ha alguns estudis que recolzen aquest plantejament (per exemple, Knupfer, 1989), molts d'altres no indiquen l'existència de cap vincle directe entre l'educació i la freqüència de consum d'alcohol (Eurobaròmetre, 2003; Helasoja [et al.], 2005) i, de fet, suggereixen que el factor que determina que el consum d'alcohol sigui més freqüent és el nivell d'ingressos, i no a tots els grups poblacionals (McKee [et al.], 2000; Casswell, Pledger i Hooper, 2003). Un aspecte més constant a tots els estudis és que, a la major part d'Europa, els homes adults que pertanyen a grups amb un nivell educatiu o professional baix tenen més tendència a ingerir alcohol fins a intoxicar-se o a consumir quantitats elevades d'alcohol, i solen consumir petites quantitats d'alcohol amb menys freqüència (Ahlström, 1987; Knupfer, 1989; Jacobsen, 1989; Norström i Romelsjö, 1998; Bongers [et al.], 1998; Mackenbach [et al.], 2000; Eurobaròmetre, 2003; Kuntsche, Rehm i Gmel, 2004; Estònia i Letònia a Helasoja [et al.], 2005). No obstant això, hi ha alguns països on el consum d'alcohol fins a la intoxicació no segueix cap patró gradual en funció de la classe social (Regne Unit, Irlanda, Finlàndia), tot i que, el fet que es tracti de països on els homes que pertanyen a grups professionals de nivell elevat beuen amb més freqüència i consumeixen una quantitat total d'alcohol superior implica que els homes que pertanyen a grups socioeconòmics més humils continuen tenint moltes més probabilitats d'embragar-se en una sola ocasió (Kelleher [et al.], 2003; Rickards [et al.], 2004; Yarnell [et al.], 2005), mentre que el consum elevat d'alcohol es concentra a les zones menys afavorides (Law i Whincup, 1998; Yarnell [et al.], 2005).

En el cas de les dones, l'escenari canvia, segurament a causa de la relació entre les desigualtats de gènere i les pràctiques de consum d'alcohol i el nivell socioeconòmic. Per exemple, alguns experts suggereixen que l'autosuficiència, la productivitat i les oportunitats d'oci que proporcionen les ocupacions professionals i els ingressos elevats poden comportar un nivell més alt de consum d'alcohol en la població femenina (Thundal i Allebeck, 1998). Una de les conseqüències que comporta aquesta complexitat és que les tendències poden variar segons el país. Per exemple, diversos estudis demostren que les dones amb un nivell educatiu més alt beuen més alcohol que la resta de dones, tot i que, en altres països i períodes temporals s'observa la tendència oposada (Bongers [et al.], 1998; Ahlström, Bloomfield i Knibbe, 2001; Helasoja [et al.], 2005). En general, les dades indiquen que les dones que pertanyen a grups socioeconòmics més elevats beuen alcohol amb més freqüència que la resta de dones, i aquesta diferència és fins i tot més acusada que en el cas dels homes. Per tant, la diferència entre gèneres en qüestió de freqüència de consum d'alcohol és més petita en els grups amb un nivell educatiu o salarial més alt (Ahlström, 1987; McKee [et al.], 2000; Casswell, Pledger i Hooper, 2003; Helasoja [et al.], 2005). D'altra banda, a molts països les dones amb un nivell educatiu superior tenen més tendència a consumir quantitats elevades d'alcohol, tot i que el consum fins a la intoxicació se sol associar més amb els grups amb un nivell educatiu baix (Ahlström, 1987; Kuntsche, Rehm i Gmel, 2004; Bloomfield [et al.], 2005; Helasoja [et al.], 2005).

En conjunt, queda patent que l'efecte que el nivell socioeconòmic exerceix en el consum d'alcohol pot variar segons el període de temps i segons el grup poblacional, com els homes o les dones (per consultar els altres grups, vegeu Knupfer, 1989; Neumark, Rahav i Jaffe, 2003). Els homes amb un nivell educatiu més baix tenen més probabilitats de consumir

quantitats elevades d'alcohol, tot i que, en alguns països, s'observa la tendència inversa entre les dones amb un nivell educatiu més alt, que consumeixen quantitats més elevades d'alcohol. No obstant això, a Europa, hi ha algunes tendències que es mantenen constants independentment del gènere, entre elles una freqüència més elevada de consum d'alcohol fins a la intoxicació en els grups socioeconòmics menys afavorits, i una probabilitat més alta de patir dependència de l'alcohol (Thundal i Allebeck, 1998; Bongers *[et al.]*, 1998; Hemmingsson, Lundberg i Diderichsen, 1999; Droomers, Schrijvers i Mackenbach, 2004). Aquesta diferència en els patrons de consum de risc, especialment en el cas dels homes, es deixa veure en les desigualtats en els nivells de mortalitat relacionada amb el consum d'alcohol, i s'analitza amb més detall als capítols 5 i 6.

Joves i adolescents

L'interès polític pel consum d'alcohol dels joves ha representat un incentiu important per a la política en matèria d'alcohol durant els últims anys, tant a escala nacional com europea (vegeu el capítol 8). Per aquest motiu, no només s'ha reconegut la importància de ser conscients de l'evidència dels patrons i tendències de consum d'alcohol dels joves, sinó que, a més, s'ha pogut recollir informació comparativa sòlida, disponible des de mitjan dècada dels noranta.³⁵ Tot i així, aquests estudis només analitzen els adolescents en edats concretes (11, 13 i 15 anys d'edat, en el cas de l'estudi HBSC; 15-16 a l'estudi ESPAD), en comparació amb la definició general de persona jove, que pot incloure els nois i noies de 15 a 24 anys d'edat (per exemple, en el cas de les organitzacions de les Nacions Unides), o de 15 a 29 anys d'edat (com a categoria més àmplia a gran part dels estudis sobre l'alcohol). En aquest punt, cal esmentar la Recomanació del Consell de 2001, que proporciona el context per a aquest informe (vegeu el capítol 8), ja que, tot i que no defineix explícitament la franja d'edat en concret, fa referència a les «persones joves, especialment, nens i adolescents».

Per tant, i com implica l'ús d'aquesta terminologia, aquest apartat se centra, principalment, en les franges d'edat que comprenen els estudis internacionals (11-16 anys), però també inclou una anàlisi de les persones joves de més edat (*adults joves*). Aquestes edats engloben un període de canvi substancial, en el qual els adolescents, especialment, es defineixen amb relació al seu futur professional i les seves amistats i relacions (Room, 2004). Tot i que aquests canvis poden ser molt diferents segons la societat on es trobi la persona, la seva naturalesa sol canviar en una mateixa direcció, prolongant la duració i incrementant les demandes (Larson, Wilson i Mortimer, 2002). Quan aquest procés es combina amb el potent contingut simbòlic de l'alcohol (vegeu també el capítol 2), és probable que, durant aquesta franja d'edat, algunes pràctiques de consum d'alcohol es considerin un comportament simbòlic, com la rebel·lió contra les generacions de més edat (Room, 2005). Tot i així, durant tot aquest apartat cal tenir present que el consum d'alcohol també pot ser l'expressió d'una identitat *subcultural* (Abel i Plumridge, 2004), és a dir, que hi pot haver variacions determinades tant entre les diverses zones de cada país com entre els diferents països europeus (consulteu l'anàlisi de motivacions, més endavant).

³⁵ La majoria de resultats que s'inclouen en aquest capítol provenen del projecte ESPAD, amb les excepcions següents: (a) edat de la primera consumició alcohòlica o el primer episodi d'embriaguesa; (b) qualsevol dels resultats relatius a nois i noies d'entre 11 i 13 anys d'edat, que provenen de l'estudi HBSC.

Començar a beure alcohol

Gairebé tots els estudiants d'entre 15 i 16 anys d'edat (més de 9 de cada 10) han begut alcohol en alguna ocasió al llarg de la seva vida (Currie *[et al.]*, 2000), i la mitjana d'edat en què es consumeix alcohol per primer cop és de 12 anys i mig. Malgrat que el consum d'alcohol en els joves comença abans en alguns països que en d'altres, aquesta variació no segueix els patrons dels índexs d'abstinència dels adults, tal com demostra el fet que els estudiants del nord i el sud d'Europa provin l'alcohol més tard que els estudiants d'Europa de l'Est i, especialment, d'Europa central. Malgrat que la pregunta evita explícitament fer referència al consum d'una *quantitat petita d'alcohol*, els resultats indiquen que als països del sud d'Europa el consum d'alcohol no es produeix abans que a la resta de països, factor que suggereix la possibilitat que els adolescents no considerin les primeres experiències familiars com experiències *reals* de consum d'alcohol (vegeu també Milgram 2001:93; Room, 2005).

Paral·lelament, gairebé tres quartes parts o més dels estudiants dels països bàltics o del concepte més ampli d'Europa central (per oposició a l'Europa del nord i del sud, incloses Irlanda i la República Txeca) afirmen haver experimentat un episodi d'embriaguesa als 15 anys d'edat, comparat amb menys de la meitat dels estudiants als països del sud del continent. Tot i que, tal com s'esmentarà més endavant, les diferències en el consum intensiu són menys acusades. Per als nois i noies que ja s'han embriagat als 15 anys d'edat, la primera intoxicació es produeix a la mitjana d'edat de gairebé 14 anys, la qual cosa indica l'existència d'un període mitjà de temps d'un any entre la primera experiència de consum d'alcohol i el primer episodi d'embriaguesa. Tanmateix, com que aquesta mitjana d'edat s'acosta bastant a l'edat dels enquestats i, a més, un nombre considerable afirmen que no han consumit mai alcohol, és possible que la mitjana d'edat del primer episodi d'embriaguesa de tot el grup poblacional sigui més elevada que la que s'esmenta en aquest apartat (Room, 2005).

A quins llocs beuen alcohol els joves?

Els joves de 15-16 anys d'edat solen beure alcohol a casa seva o a casa d'una altra persona. Aquests dos llocs representen gairebé la meitat de totes les respostes referents als llocs de consum d'alcohol dels estudiants que beuen alcohol.³⁶ En aquest aspecte, no hi ha cap patró geogràfic definitiu, amb uns percentatges mitjans més baixos al sud i al centre d'Europa i, al mateix temps, unes proporcions més elevades a França i el Regne Unit. En canvi, a qualsevol país, només un terç dels estudiants afirma haver consumit alcohol per última vegada a llocs públics a l'exterior (parcs, carrers o platges), tot i que, a la majoria de països, el percentatge és considerablement inferior (proper al 10% i significativament més baix a Grècia). Malgrat que, generalment, els resultats dels països de la UE10 són similars als de la UE15, a alguns països s'han identificat nivells considerablement més alts, com Letònia (32%) i Polònia (27%). Els estudis realitzats al Regne Unit suggereixen que el consum d'alcohol a l'exterior és més freqüent en els grups més joves, i va disminuint a mesura que els joves assoleixen l'edat legal per consumir alcohol (Coleman i Cater, 2005).

³⁶ A partir de les dades de l'estudi ESPAD (2003) sobre els llocs on s'ha consumit alcohol per última vegada. Les xifres registrades s'han adaptat per mostrar el lloc de consum d'alcohol com un percentatge de tots els estudiants que hi han begut.

El percentatge més baix de consum als llocs públics on es consumeix alcohol es registra als països nòrdics (menys d'un 5%), on beure alcohol a casa és més comú, mentre que, a Europa del sud i a algunes parts d'Europa central, s'obtenen els percentatges més elevats (per exemple, a Portugal, més d'un 30% de consum durant l'última ocasió es produeix en bars). D'entre els països de la UE10, els nivells més alts són els que es registren als països propers a Europa central (República Txeca, Hongria, Eslovàquia), i els més baixos, els dels països situats més a prop del nord d'Europa (els països bàltics, Polònia). No hi ha informació comparativa disponible sobre l'aplicació de la legislació que regula l'edat legal per comprar alcohol als *bars*, però l'apartat de l'estudi ESPAD³⁷ que analitza la compra d'alcohol de consum propi a les *botigues* indica que el percentatge més elevat es concentra a Europa central (especialment, Dinamarca) i els països de la UE10 (Malta, Polònia, els països bàltics), mentre que els índexs més baixos es troben als països del nord d'Europa. A més, els nois tenen més tendència a comprar begudes alcohòliques per al consum propi que les noies, especialment, en el cas de la cervesa, que és el tipus de beguda alcohòlica que més compren ambdós gèneres.

Quines begudes alcohòliques consumeixen els adolescents?

Com s'ha esmentat anteriorment, la divisió de begudes alcohòliques en tres categories (cervesa, vi i licors) simplifica notablement el ventall de begudes disponibles a Europa. Aquesta afirmació és especialment vàlida en el cas del consum dels joves, sobre el qual s'han elaborat una gran quantitat de polítiques en matèria d'alcohol incentivades per les preocupacions que desperta una nova (quarta) categoria de begudes alcohòliques que resulten especialment atractives per als joves (vegeu Mosher i Johnsson, 2005, per consultar més detalls sobre aquest tema). Aquestes begudes endolcides i de coloraines, que contenen, aproximadament, una concentració del 5% d'alcohol s'han batejat amb diversos noms, com *begudes a base de vi*, *begudes alcohòliques aromatitzades* i *begudes preparades*, però en aquest informe se solen anomenar alcopops, d'acord amb la nomenclatura del Grup de Treball Europeu sobre els Alcopops, establert durant els anys noranta.

Malgrat aquestes novetats recents, la cervesa i els licors segueixen essent les begudes més populars entre els joves en general. En concret, la cervesa representa més de la meitat del consum total a 11 països (cinc a l'estudi de països fora de la UE i sis a la UE25) (vegeu també Hupkens, Knibbe i Drop, 1993). Només hi ha tres països on el consum de licors dels joves és més freqüent que el consum de cervesa: Noruega, Itàlia i Portugal. Per la seva part, els *alcopops* no són la beguda més popular a cap país (Hemström, Leifman i Ramstedt, 2001).³⁸ La popularitat de les begudes alcohòliques varia segons la zona d'Europa. Per exemple, als països de la UE15 es consumeixen tres vegades més *alcopops* que als països de la UE10, mentre que els nois dels països de la UE10 consumeixen més vi que els de la UE15 (vegeu la figura 4.13). Entre els països membres de la UE15, els nivells de consum de licor i de vi durant l'última ocasió de consum són similars, tot i que la cervesa i els *alcopops* són més del doble de populars als països d'Europa central que als països d'Europa del sud.

³⁷ En aquestes anàlisis, s'ha emprat el valor més elevat per a qualsevol tipus de beguda alcohòlica.

³⁸ El vi és la beguda alcohòlica més popular a Eslovènia, però la poca diferència entre les categories fa que sigui més apropiat considerar que, en aquest país, el consum de cervesa, vi i licors és equivalent.

Si se sumen les quantitats de totes les begudes alcohòliques, s'obté una quantitat mitjana d'alcohol ingerit durant l'última ocasió de consum equivalent a 60 g d'alcohol. Excepcionalment el sud d'Europa, no hi ha cap país de la UE15 on la mitjana se situï per sota dels 56 g d'alcohol, mentre que, al Regne Unit i Irlanda, la quantitat consumida durant l'última ocasió arriba a superar els 80 g d'alcohol pur. Els nivells d'alcohol ingerits durant l'última ocasió de consum són lleugerament més baixos als països de la UE10 (vegeu la figura 4.13), i notablement més baixos al sud del continent, on la mitjana registrada és de 38 g d'alcohol pur.

Freqüència de consum i consum total

D'altra banda, si es combina la quantitat d'alcohol ingerida durant l'última ocasió de consum amb la freqüència de consum d'alcohol per estimar el consum total anual, el resultat és molt diferent (tenint en compte que aquest percentatge inclou un nivell constant de consum sense registrar). La freqüència de consum d'alcohol més elevada entre els nois i noies de 15 a 16 anys d'edat es registra als països d'Europa central (entre cinc i nou ocasions al mes), i la més baixa, als països del nord d'Europa (aproximadament, dues ocasions al mes). Als països d'Europa del sud i de l'est, els joves en aquesta franja d'edat solen consumir alcohol entre tres i cinc vegades al mes, tot i que, a Malta, els valors registrats són especialment alts (set ocasions al mes). Com succeeix amb altres variables (vegeu més endavant), la freqüència de consum d'alcohol sol ser més elevada entre els nois que entre les noies, tot i que als països nòrdics, Irlanda i el Regne Unit les diferències entre gèneres són menys importants.

D'acord amb aquests resultats, el nivell més baix de consum total d'alcohol es registra entre els nois del nord d'Europa (entre dos i tres litres l'any), seguits dels nois dels països d'Europa del sud i de l'est, que consumeixen una quantitat més elevada d'alcohol (entre dos i sis litres), i dels d'Europa central i Malta, on el consum és molt més alt (entre vuit i deu litres, i una xifra excepcional de 14 litres als Països Baixos) (cal tenir en compte que les xifres individuals són poc sòlides, tal com indiquen les qüestions que se subratllen al quadre 4.1). En el cas de les noies, als països d'Europa central i Malta també consumeixen més alcohol que en qualsevol altre lloc (entre quatre i set litres l'any, comparat amb tres litres a la República Txeca i entre un i dos litres a la resta de països). Per emprar aquestes dades per calcular la proporció del consum total que ingereixen els adolescent als països de l'estudi ECAS cal fer algunes suposicions aproximades. Tot i així, les estimacions indiquen, provisionalment, que entre un 4% i un 5% del total de la població de 15 a 17 anys d'edat consumeix entre un 2% i un 3% del total d'alcohol consumit.³⁹

³⁹ Per realitzar aquest càlcul s'ha assumit que els índexs de difusió dels estudis ESPAD i ECAS són similars, que el consum dels joves de 15 a 17 anys d'edat de l'estudi ECAS és el mateix que el dels joves de 15 a 16 anys d'edat de l'estudi ESPAD, i que el consum d'alcohol de les persones de 65 anys d'edat o més és igual al de les persones d'entre 50 i 65 anys d'edat. Tot i que totes aquestes suposicions són aproximacions molt poc precises, proporcionen una xifra indicativa.

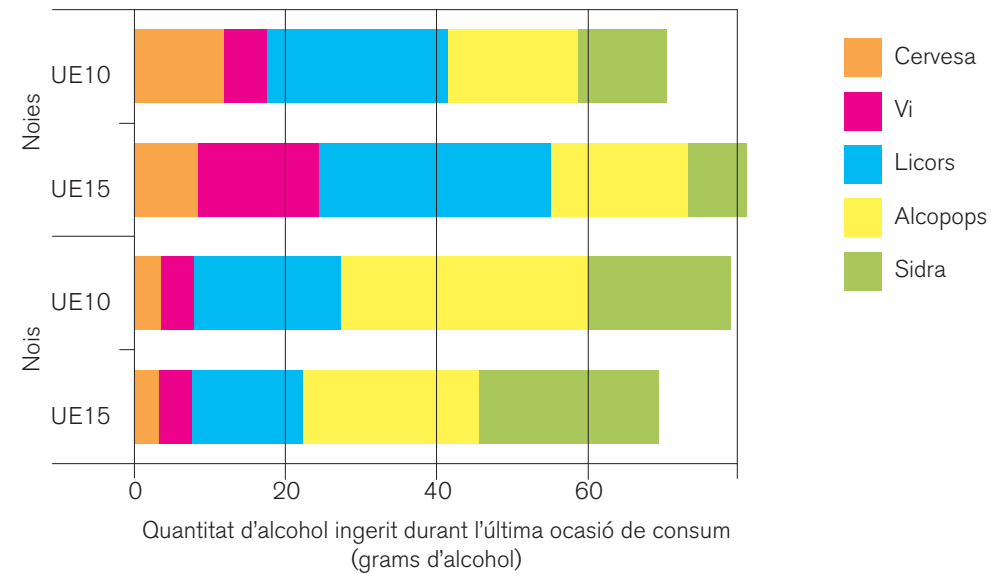


Figura 4.13: Panorama de l'última ocasió de consum d'alcohol dels estudiants de 15 a 16 anys d'edat (quantitat ingerida durant l'última ocasió de consum). En els casos en què no hi ha preguntes referents al consum d'alcopops/sidra, el valor d'aquest consum és zero (dos països de la UE10 i dos països de la UE15). Per tant, aquestes xifres podrien infravalorar el resultat real.

Font: ESPAD, 2003 (Hibell [et al.], 2004).

Consum intensiu i embriaguesa en els adolescents

Com s'aprecia a la figura 4.14, la proporció més elevada de consum intensiu i embriaguesa es registra als països nòrdics, el Regne Unit, Irlanda, Eslovènia i Letònia.⁴⁰ En canvi, els nivells més baixos són els obtinguts a França, Itàlia, Lituània, Polònia i Romania. Per exemple, a Irlanda, un 31% dels nois enquestats i el 33% de les noies enquestades afirmen haver experimentat el consum intensiu més de tres vegades durant el darrer mes, però, a França i Hongria, aquests percentatges es redueixen a un 12%-13%, en el cas dels nois, i un 5%-7%, en el cas de les noies. És força sorprenent que les diferències entre les diferents regions d'Europa, que s'indiquen a la figura 4.14, no s'apreciïn entre els nois i noies més joves ja que, segurament, la variació es produeix entre els 13 i els 15 anys d'edat. Tot i així, a la UE en conjunt, més d'un de cada vuit (13%) estudiants de 15 a 16 anys d'edat han begut alcohol més de 20 vegades al llarg de la seva vida, i més d'un de cada sis (18%) han experimentat el consum intensiu (cinc begudes alcohòliques o més en una sola ocasió) tres o més vegades durant el darrer mes.

Fins a cert punt, aquest escenari depèn de la variable específica que s'utilitzi. Així doncs, les xifres que fan referència al consum intensiu *en cap ocasió* durant els últims 30 dies (obtingudes del mateix conjunt de dades) no indiquen l'existència de cap diferència entre els grups de països que s'inclinen pel vi i els que prefereixen els licors, conceptualitzats de manera

⁴⁰ Tot i que, d'acord amb una comparació detallada dels estudis de 1998 i 1999, les estimacions del projecte ESPAD són més elevades que les de l'estudi HBSC (Schmid [et al.], 2003), les variables emprades en aquests càlculs mostren una correlació molt elevada ($r > 0,85$; càlcul dels autors d'aquest informe), fet que suggereix que els patrons dels diversos països són similars. Per tant, si no s'especifica el contrari, s'emprarà el valor de més de 20 ocasions d'embriaguesa al llarg de la vida (de l'ESPAD). El consum intensiu presenta una correlació molt elevada amb les preguntes sobre la intoxicació redactades de manera similar ($r > 0,7$; càlcul dels autors d'aquest informe), però és prou diferent com per ser registrada per separat.

diversa (Room, 2005). De la mateixa manera, els estudiants del sud d'Europa tenen cinc vegades menys probabilitats que els estudiants de la resta de països de la UE15 d'haver consumit alcohol en més de 20 ocasions al llarg de la seva vida (com s'esmenta a Schmid [et al.], 2003), malgrat que només tenen la meitat de possibilitats d'haver consumit cinc o més begudes alcohòliques en una sola ocasió en més de tres ocasions durant un mes. A altres països també s'aprecien divergències pronunciades entre ambdues mesures (per exemple, a Malta i Xipre, el consum intensiu registrat és cinc vegades superior a les ocasions d'embriaguesa esmentades pels enquestats, al contrari que a Dinamarca, on l'embriaguesa supera el consum intensiu).

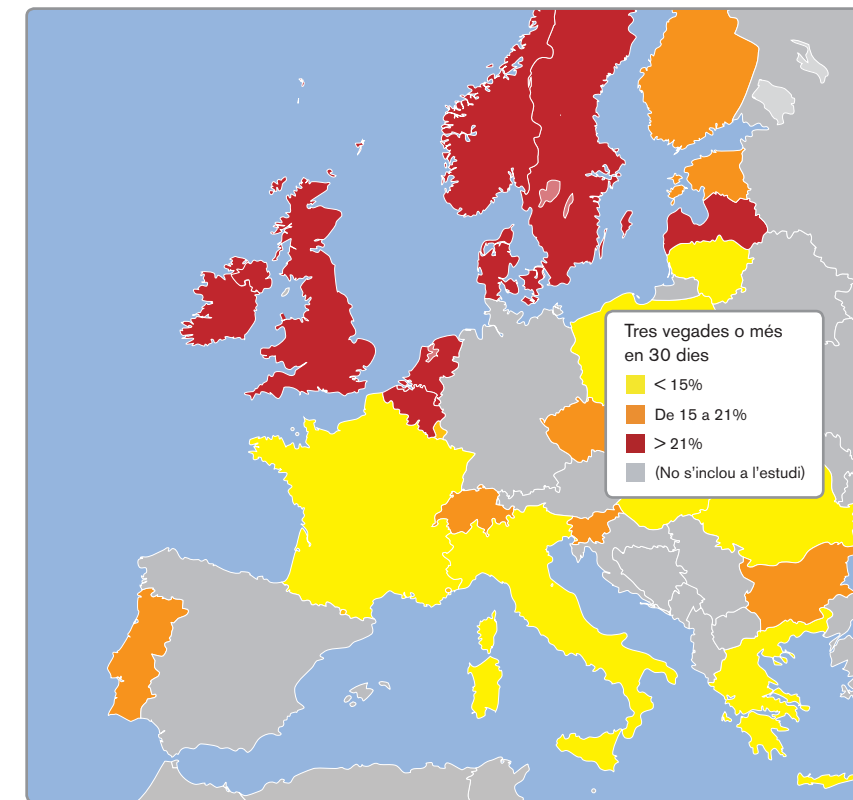


Figura 4.14: Consum intensiu dels estudiants de 15-16 anys d'edat a Europa, definit com la ingesta de cinc o més begudes alcohòliques en una sola ocasió. Font: ESPAD, 2003 (Hibell [et al.], 2004).

Com en el cas dels adults, esmentat més amunt, aquestes dades suggereixen que les valoracions personals sobre els episodis d'intoxicació poden estar influenciats per biaixos culturals, tot i que també hi ha problemes a l'hora de fer servir el consum intensiu com a mesura (el que, subjectivament, es considera una intoxicació pot ser d'una rellevància considerable per a alguns dels danys causats pel comportament de consum d'alcohol, vegeu el capítol 5). La informació qualitativa que compara els països nòrdics i els països mediterranis confirma que els jocs socials de consum elevat d'alcohol i intoxicació són comuns en els joves d'arreu d'Europa, però que, als països del sud d'Europa, tot i la ingesta elevada durant els rituals de consum d'alcohol, els nois i noies no deixen veure la manca d'autocontrol relacionada amb l'embriaguesa visible (Pyörälä, 1995; Beccaria i Sande, 2003). A més, un estudi sobre l'efecte esperat de l'alcohol recolza aquesta constatació. Segons aquest estudi, els joves de Malta (culturalment similars als dels altres països que s'inclinen pel consum de vi) se senten relativament més sorpresos quan pateixen una intoxicació etílica,

mentre que, a d'altres països, l'embriaguesa es considera una conseqüència més habitual (esmentat a Room, 2005).

Factors de risc en el consum d'alcohol dels joves⁴¹

Hi ha una gran quantitat d'estudis que analitzen els factors de risc i els factors protectors del consum d'alcohol de la gent jove, tot i que, sovint, estan enfocats de maneres diverses segons el país, i presenten evidències associatives i no causals. La revisió exhaustiva d'aquesta literatura va més enllà de l'àmbit d'aquest informe, especialment per la poca quantitat d'estudis que comparen la variació d'aquests factors de risc als diferents ambients europeus. Per tant, aquest apartat resumeix a grans trets els estudis paneuropeus existents i proporciona explicacions resumides sobre les últimes investigacions en diversos àmbits per tal de remarcar els factors de risc més importants als lectors que puguin estar interessats.

Una de les accions que més s'associa amb el consum d'alcohol és l'hàbit tabàquic. Les dades sobre estudiants d'ambdós gèneres d'11 a 15 any d'edat obtingudes a tot Europa mostren que no haver fumat en cap ocasió està molt relacionat amb no haver consumit mai alcohol, de la mateixa manera que fumar amb freqüència s'associa amb beure alcohol amb freqüència (especialment en el cas del consum freqüent de cervesa), i tant el fet d'haver fumat en alguna ocasió com de fer-ho regularment estan relacionats amb episodis freqüents d'embriaguesa (Currie [et al.], 2000; Currie [et al.], 2004; Duarte i Molina, 2004). Aquests vincles poden ser deguts a un tret de personalitat anomenat *cerca de sensacions* que, juntament amb el consum intensiu, va demostrar predir independentment els comportaments de risc relacionats amb l'alcohol (per exemple, conduir sota els efectes de l'alcohol, menys *comportaments de celebració positius*) dels estudiants australians de 10 a 11 anys d'edat (Van Beurden [et al.], 2005). D'altra banda, també pot estar relacionat amb el comportament antisocial, que pronostica, juntament amb el consum freqüent d'alcohol, la dependència de l'alcohol en etapes posteriors (Bonomo [et al.], 2004). Un altre factor molt relacionat amb l'embriaguesa són els problemes educatius (Currie [et al.], 2000; Duarte i Molina, 2004), tot i que, òbviament, en aquest cas, la relació és bidireccional (vegeu els capítols 5 i 6).

Gran part dels estudis en aquest àmbit se centren en la família de l'adolescent, i un ambient familiar positiu s'associa amb una menor probabilitat de consum (de risc) de substàncies (Beinart [et al.], 2002), inclosos uns nivells elevats de «comunicació amb els pares» (Currie [et al.], 2000) i «coneixement dels pares» (Hibell [et al.], 2004). Malgrat que algunes de les variables relacionades amb la família produeixen efectes diversos segons el país, un estudi que compara els resultats de França i el Regne Unit demostra el coneixement dels pares és un aspecte molt vinculat amb l'embriaguesa a tots dos països (Ledoux [et al.], 2002). En aquest context, és interessant remarcar que el percentatge de pares que saben on són els seus fills un dissabte a la nit és més elevat als països d'Europa del sud i d'Europa central (fins a dos terços dels pares sempre saben on són els seus fills) que als països nòrdics (exceptuant Dinamarca) i als països bàltics (Hibell [et al.], 2000). A més, els pares poden influir en el consum d'alcohol dels seus fills (menors d'edat) si els proporcionen begudes alcohòliques, tal com demostra un estudi suec que suggereix que aquesta pràctica està

relacionada amb un consum més elevat i més freqüent d'alcohol i uns nivells superiors d'embriaguesa (Lundborg, 2002). A més a més, conviure amb una família monoparental o amb un padrastre o madrastra també està relacionat amb una freqüència de consum d'alcohol més elevada i un consum elevat d'alcohol a tot Europa (Bjarnason [et al.], 2003). Si es tenen en compte la dinàmica i l'estructura familiar al mateix temps, la dinàmica familiar és una via mitjançant la qual l'estructura familiar influeix en el consum de substàncies (Ledoux [et al.] 2002; Hibell [et al.], 2004).

La influència dels companys també és un aspecte que ha estat objecte de nombrosos estudis, i, a tot Europa, per exemple, els episodis d'embriaguesa esmentats pels participants dels estudis s'associen al temps d'oci amb els amics (Currie [et al.], 2000). Tot i així, l'efecte que puguin exercir els companys no sol ser del tot independent de la influència de la família. De fet, hi ha una teoria que suggereix que els companys incideixen en l'efecte protector de la família (Gerrard [et al.], 1999). En canvi, un altre model de desenvolupament vincula les relacions dels adolescents amb companys que els influeixen negativament a les males pràctiques educatives dels pares (Nash, McQueen i Bray, 2005). Segons Nash, un ambient familiar de suport, moderat per la desaprovació del consum de substàncies per part dels pares, pot pronosticar el coneixement de les pròpies capacitats i el consum de substàncies amb els amics en el futur, que, al mateix temps, influiran en els comportaments de consum d'alcohol posteriors.

A tots els països de la Unió Europea (Hibell [et al.], 2004), la percepció del consum d'alcohol dels companys sol ser un reflex dels patrons reals de consum d'alcohol esmentats anteriorment. En aquest sentit, els valors més alts es registren, principalment, als països del centre d'Europa (per exemple, un 75% dels enquestats a Alemanya i un 80% dels enquestats a Irlanda creuen que els seus amics beuen alcohol regularment). Els índexs de percepció més baixos estan molt més repartits. Per exemple, a certes parts d'Europa de l'Est (Eslovàquia, 44%), tot i que s'ha registrat un augment visible a la resta del continent entre 1995 i 2003 (d'un 50% a un 70% a la República Txeca i Estònia). La percepció del consum d'alcohol dels companys està relacionada, de manera similar, amb els patrons reals d'intoxicació etílica, amb els valors més alts obtinguts a Dinamarca, Irlanda i el Regne Unit (entre un 27% i un 36% d'enquestats creuen que els seus amics s'embriaguen cada setmana), i els valors més baixos registrats als països del centre i el sud d'Europa (8% a Polònia, 5% a Portugal). En aquest àmbit també s'aprecia un creixement substancial a la majoria de països de la UE10, inclosa Estònia (del 9% al 27%) i Eslovàquia (del 4% al 17%).

La relació entre el nivell socioeconòmic i el comportament de consum d'alcohol encara és més complex, ja que les relacions varien segons el país estudiat (Hibell [et al.], 2004). La manca d'un patró social constant i algunes dades que suggereixen que el consum d'alcohol es produeix abans i és més elevat entre els joves que pertanyen a grups socioeconòmics més afavorits (Eurobaròmetre, 2003; Bjarnason, 2003), es deu, segurament, als pocs diners destinats a productes com l'alcohol de què disposa la gent jove (Departament d'Afers Socials de les Nacions Unides, 2005:138). Alguns estudis recolzen aquesta afirmació, ja que mostren que l'alcohol és la despesa més costosa per als nois joves (edat legal) als Països Baixos (Poelen [et al.], 2005), i que, a Espanya i als Països Baixos, els diners de què disposen els joves són un indicador del consum d'alcohol i els episodis d'embriaguesa que experimenten (Duarte i Molina, 2004; Poelen [et al.], 2005).

⁴¹ La informació sobre l'estatus econòmic de les famílies (autovaloració dels estudiants) prové de l'estudi ESPAD de 2003; la resta de dades són de l'estudi HBSC de 1998 i 2002.

Aquests factors només són una part de la llista completa de factors de risc i factors protectors relacionats amb l'alcohol, que inclouen la vulnerabilitat genètica, altres característiques psicosocials, les normes socials (consum percebut i aprovació entre companys), els elements de l'entorn (un entorn marginat representa un risc, mentre que les oportunitats de participació representen un factor protector), i el comportament positiu dels amics i els professors (els estàndards i les lloances pels comportaments positius són factors protectors) (Beinart [et al.], 2002; Olds, Thombs i Tomasek, 2005). No obstant això, sembla poc probable que les variacions en els nivells de consum d'alcohol i embriaguesa dels adolescents arreu d'Europa descrits als paràgrafs anteriors es puguin atribuir completament a aquests factors individuals i de l'entorn, un suggeriment que corrobora l'anàlisi de les dades recollides a l'estudi ESPAD, segons la qual les vendes de cervesa per capita i, especialment, la «cultura de consum d'alcohol adolescent» influeixen en el consum d'alcohol de les persones (Bjarnason [et al.], 2003). Com deixa palesa l'anàlisi anterior, aquests factors de risc no actuen de manera independent, sinó que es poden considerar models de probabilitat que actuen a través de diverses vies i es combinen en el consum de substàncies de la persona.

Expectatives i percepcions sobre l'alcohol

Les expectatives dels adolescents sobre les conseqüències que comporta el consum d'alcohol també estan relacionades amb les probabilitats de travessar el consum intensiu (Kuntsche, Rehm i Gmel, 2004). No és sorprenent que, atès l'augment del consum d'alcohol amb l'edat que s'esmenta als apartats anteriors, les expectatives sobre el consum d'alcohol siguin més negatives entre els nois i noies més joves i millorin amb el temps (al Regne Unit, a partir, aproximadament, dels deu anys, aquestes expectatives comencen a millorar; Wright, 1999). Als països europeus, hi ha, aproximadament, un 25% més d'estudiants d'entre 15 i 16 anys que creuen que les conseqüències positives (per exemple, sentir-se content) són més freqüents o molt més freqüents que les conseqüències negatives (per exemple, fer alguna cosa de la qual es puguin penedir). Aquesta tendència pot indicar la presència d'expectatives prèvies al consum (que afavoreixen el consum) o bé d'una justificació posterior (Hibell [et al.], 2004). Com que l'estructura d'aquestes respostes és relativament estable (als diversos països estudiats, es tendeix a registrar nivells alts o baixos amb totes les conseqüències positives en general, i no només amb un sol factor, com «sentir-se content»), aquest resultat es pot considerar una «valoració neta» de les conseqüències de l'alcohol d'un 25% (positiva).

Si s'observen les dades recollides a cada país, l'opinió més positiva prové dels països d'Europa central (40% a Dinamarca i Irlanda; és a dir, que un 40% més d'estudiants creuen que és més probable experimentar conseqüències positives que negatives després de consumir alcohol). En canvi, als països del nord d'Europa i, especialment, d'Europa de l'Est, l'opinió dels joves és menys positiva, mentre que la visió més negativa prové dels països del sud del continent (a França i Itàlia, igual que a Romania i Turquia, es registra un percentatge del 10% o menys).

Les percepcions dels adolescents sobre el risc que comporta el consum intensiu (la pregunta fa referència al risc de consumir cinc o més begudes alcohòliques en una sola ocasió) mostra un patró similar (Hibell [et al.], 2004). A cap dels països del sud de la UE15 no s'ha obtingut un resultat inferior a un 40% dels joves de 15 a 16 anys d'edat que afirmen que el risc és elevat (a Xipre i Turquia s'han registrat valors per sobre del 50%). En canvi, la per-

cepció del risc és menor a les zones on el consum intensiu és més freqüent, com Noruega (19%), els Països Baixos (19%) i el Regne Unit (21%). Tot i que la percepció del risc no ha evolucionat de manera constant des de l'any 1995, les conseqüències esperades es consideren notablement més positives l'any 2003 que l'any 1995, especialment als països de la UE10. Aquests canvis s'han produït paral·lelament a un descens de la desaprovació percebuda pel fet d'embriagar-se cada setmana (la informació només està disponible per al període 1995-1999). És a dir, que l'augment del consum intensiu en els joves de molts països sembla coexistir amb opinions més positives sobre l'alcohol i amb una reducció de la desaprovació de l'embriaguesa, malgrat que no s'han produït canvis en l'opinió dels joves sobre el risc que comporta el consum intensiu d'alcohol.

Per què consumeixen alcohol els joves?

El col·lectiu de joves està unit per la concepció que té la societat sobre els joves, fet que, a la Unió Europea, implica una nova independència a més de certa pressió per formar una identitat individual. Una de les formes que empren les persones joves per expressar aquestes concepcions és considerar el consum d'alcohol com un símbol de l'identitat adulta, per oposició al món de la infància (Wright, 1999), tot i que el potencial simbòlic de l'alcohol va clarament més enllà de l'afirmació d'edats (vegeu també el capítol 2). El consum d'alcohol també pot estar motivat per la satisfacció de diverses necessitats, especialment, les relacionades amb la situació vital de les persones joves. Per exemple, l'últim Informe Mundial sobre la Joventut suggereix que el consum d'alcohol i altres substàncies «es pot convertir en un mitjà per escapar de situacions que els joves consideren fora del seu control» (Departament d'Afers Socials de les Nacions Unides, 2005:149). En altres contextos culturals, es pot observar la tendència oposada. Per exemple, a Letònia, els joves (d'entre 11 i 20 anys d'edat) beuen alcohol amb l'objectiu principal de relaxar-se o sentir-se millor, mentre que els adults beuen, sobretot, per oblidar els seus problemes (Koroleva, 2005).

Diferents grups de joves han suggerit molts altres motius per consumir alcohol, com l'avoriment, l'angoixa psicològica i la sociabilitat (Milgram, 2001). Pel que fa a les pressions per formar part d'un grup i d'una identitat (que també estan relacionades amb la *pressió dels companys* analitzada al paràgraf dedicat als *factors de risc* de l'apartat anterior), no és sorprenent que els joves sovint esmentin els efectes desinhibidors de l'alcohol (per exemple, la sociabilitat o les relacions sexuals), com a motivació principal per beure alcohol (Kloep [et al.], 2001; Abel i Plumridge, 2004). Un estudi realitzat al Regne Unit ha separat les motivacions dels joves de 12 a 17 anys en tres categories: *motius personals* (relaxar-se i fer front a situacions d'estrès), *motius socials* (vinculats amb les relacions amb els altres) i *influència dels companys* (Honest, Seymour i Webster, 2000). Aquesta classificació no només s'assembla a les motivacions registrades entre els consumidors de risc joves en un altre estudi britànic (Coleman i Cater, 2005), sinó que també és similar a les motivacions obtingudes d'enquestes a persones adultes, amb l'excepció de la influència dels companys (Crawfords, 1987).

Tot i que és possible que les motivacions variïn segons la cultura, també és important tenir en compte que les raons per consumir alcohol canvien considerablement amb l'edat, fins i tot dins d'un mateix país. Per exemple, els joves de 12 a 13 anys de l'estudi britànic volien experimentar amb l'alcohol per marcar que havien superat l'etapa infantil, mentre que els joves de 14 a 15 anys consumeixen alcohol reservadament per posar a prova les seves limitacions i, al mateix temps, socialitzar (Honest, Seymour i Webster, 2000; Newburn i Shiner, 2001). Tam-

bé és possible que les diverses motivacions estiguin relacionades amb patrons de consum d'alcohol diferents en un grup determinat (Room, 2005). De fet, un estudi demostra que els joves que fan servir l'alcohol per passar-s'ho bé (és a dir, sentir l'efecte de la intoxicació) tenen més probabilitats de patir conseqüències perjudicials que els que l'empren per facilitar les relacions socials (Coleman i Cater, 2005). Tot i que hi ha molts patrons de consum d'alcohol que es poden associar amb qualsevol motivació (Crawford, 1987:292), seria interessant veure si una investigació més completa a tot Europa proporcionaria regularitats culturals sobre la relació entre les motivacions i els patrons i les conseqüències del consum d'alcohol.

Tendències en el consum d'alcohol dels joves

Paral·lelament amb el consum de risc en els joves, resulta evident que el consum intensiu en aquest col·lectiu ha augmentat a la major part dels països europeus durant l'última dècada, tot i que altres aspectes del consum d'alcohol són més ambigus. La majoria de països se situen per sobre de la línia discontinua de les figures 4.15 i 4.16, és a dir, que les xifres relatives al consum intensiu freqüent han augmentat des de 1995 (o, en els casos en què no hi ha informació disponible per a l'any 1995, des de 1999). Per a la gran majoria d'aquests països (marcats amb color vermell), el canvi ha assolit una magnitud considerable que supera el 2%.⁴² Tot i així, el creixement no s'ha identificat a tot arreu d'Europa, amb un nombre reduït de països on, fins i tot, s'ha registrat un descens durant aquest període (marcats amb color blau).

Aquests canvis s'han produït en la direcció oposada a la freqüència de consum d'alcohol en els darrers 30 dies, que ha disminuït considerablement a tota la UE, especialment, durant el període de 1995 a 1999.

Per altra part, als països de la UE que no s'inclouen al projecte ESPAD, també s'observen tendències similars pel que fa al consum intensiu. Per exemple, a la categoria que fa referència a haver-se embriagat molt com a mínim en dues ocasions, s'observen augments importants tant a Àustria (només les noies), com a Bèlgica, Espanya (sobretot les noies) i Suïssa (informació de l'estudi HBSC). Altres dades sobre joves de 14 a 18 anys d'edat procedents d'Espanya també suggereixen un augment entre els anys 2002 i 2004 pel que fa als episodis d'embriaguesa durant el darrer mes (del 24% al 35%), després d'un període de relativa estabilitat durant els anys noranta (Ministeri de Sanitat i Consum, 2005; Osservatorio, 2005). Tenint en compte tots els països de la UE que formen part de l'estudi HBSC, el percentatge de nois i noies que afirmen haver-se embriagat considerablement més d'una vegada ha augmentat a la majoria de països entre 1994 i 2002 (en el cas dels nois, només Àustria i Gal·les són excepcions; en el cas de les noies, no hi ha cap descens apreciable). A més, també es registra un augment menys important però, tot i així, significatiu, en les xifres referents als episodis d'embriaguesa entre les noies de 13 anys, tot i que aquestes noves tendències no s'aprecien entre les noies d'11 anys d'edat.

Si s'observen els resultats del projecte ESPAD més detalladament (vegeu les taules 4.2 a 4.4), queda patent que aquest augment no és una simple tendència lineal que es pugui aplicar de la mateixa manera arreu d'Europa. Durant el primer període del qual es disposa

d'informació (1995-1999 o 1993/1994-1997/1998), s'aprecia una tendència a l'alça molt marcada en el consum intensiu i l'embriaguesa. De fet, a cap de les tres variables sobre el consum dels nois que apareixen a la taula no es registra un *descens* apreciable, mentre que els *augments* a, com a mínim, una de les variables s'observen a 18 dels 22 països que disposen de dades. En canvi, les tendències durant el segon període (1999-2003 o 1997/1998-2001/2002) són molt menys evidents: pel que fa als nois, no s'observa cap tendència perceptible, mentre que, entre les noies, s'aprecia una tendència a l'alça inconsistent. Els països d'Europa de l'Est també difereixen de la resta de països d'Europa durant el segon període, amb més països que registren un creixement en lloc d'un descens als percentatges de consum intensiu i embriaguesa (especialment, en el cas de les noies), a més d'augments en altres mesures (inclosos el percentatge de nois i noies de 13 a 15 anys d'edat que han consumit alcohol alguna vegada i el nivell d'alcohol ingerit a l'última ocasió de consum).

La combinació d'aquestes tendències explica per què hi ha una diferència sistemàtica molt menys important entre els països de la UE15 i la UE10 pel que fa al consum d'alcohol de la gent jove comparat amb deu anys enrere, tal com mostren els descensos en la dispersió relativa del consum intensiu (15%) i la intoxicació (28%).⁴³ No obstant això, altres aspectes del consum d'alcohol han canviat molt poc o gens en els últims anys. Als països de l'est d'Europa el consum global dels nois i les noies ha augmentat entre 1999 i 2003, però no ha mostrat cap canvi pronunciat als països de la UE15.

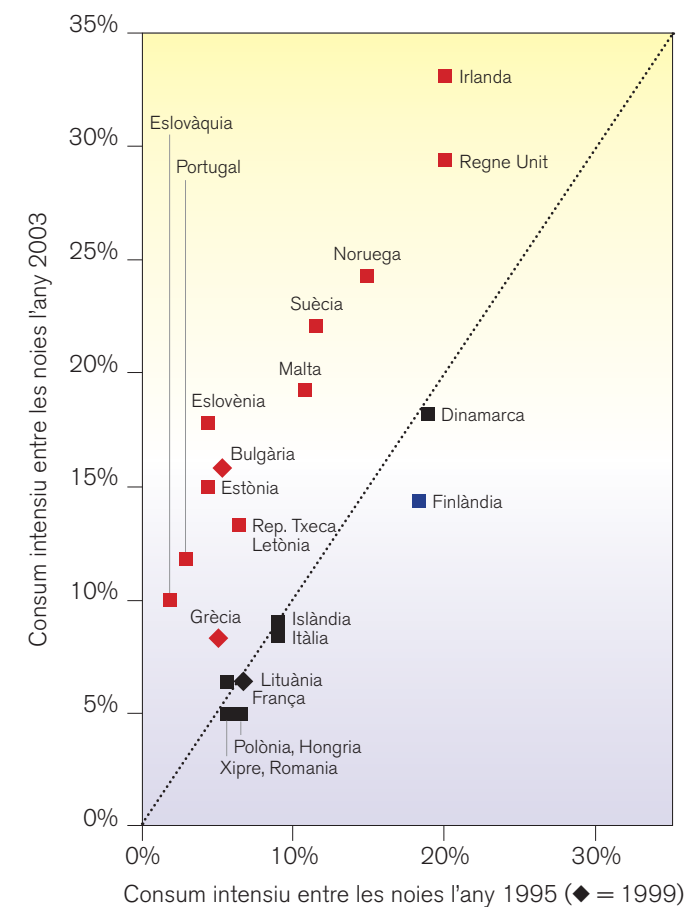


Figura 4.15: Tendències del consum intensiu en les estudiants de gènere *femení* de 15 a 16 anys d'edat entre 1995 i 2003.

⁴² No és el mateix que ser estadísticament significatiu (un canvi real en lloc d'un error de mostreig), ja que no es registra a l'estudi ESPAD.

⁴³ La dispersió relativa es calcula com el coeficient de variació (CV), que es descriu a la nota al peu número 8.

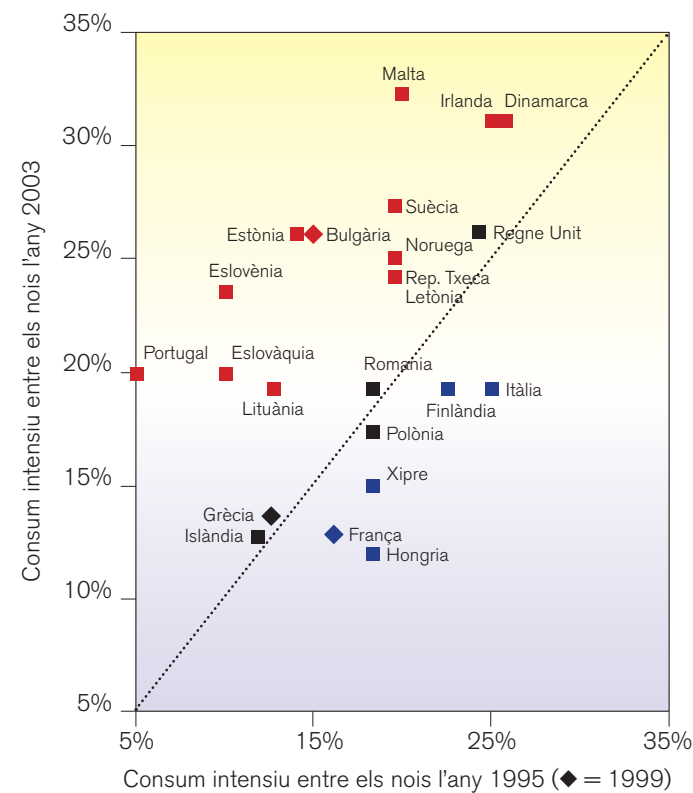


Figura 4.16: Tendències del consum intensiu en els estudiants de gènere *masculí* de 15 a 16 anys d'edat entre 1995 i 2003. Cinc o més begudes alcohòliques en una sola ocasió de consum tres o més vegades durant els últims 30 dies.

Font: enquestes de l'estudi ESPAD (Hibell [et al.], 1996; 2000; 2004). **Un punt damunt la línia discontinua significa que el consum intensiu ha augmentat.** Els països que apareixen de color vermell han registrat un augment superior al 2%. Els països que apareixen de color blau han registrat un descens superior al 2%. Els països que apareixen de color negre han registrat un canvi inferior al 2%.

El consum d'alcohol de la gent jove segons el gènere

Malgrat l'atenció que dediquen els mitjans de comunicació al consum d'alcohol de les noies a diverses parts d'Europa, els nois encara tenen més probabilitats d'haver provat alguna beguda alcohòlica als 11 anys d'edat que les noies, haver-se embriagat als 13 anys d'edat, experimentar el consum intensiu, embriagar-se i ingerir més quantitat d'alcohol en cada ocasió de consum (com succeeix a la resta del món, consulteu Jernigan, 2001). La magnitud de la diferència entre gèneres varia entre els diferents comportaments i, en general, és més rellevant als comportaments de consum menys habitual, per exemple, els nois tenen més tendència que les noies a haver consumit alcohol alguna vegada als 11 anys d'edat, però, als 15 anys, les diferències són gairebé inexistents.

Les desigualtats entre gèneres també varien d'una part a una altra del continent. Així doncs, les diferències que s'obtenen en els percentatges d'haver-se embriagat alguna vegada són més grans als països de la UE10 que als de la UE15 (a causa d'una freqüència molt elevada entre els nois que no és present en el cas de les noies). Hi ha molts aspectes del consum d'alcohol (com l'edat de consum de la primera beguda alcohòlica, l'última ocasió de consum d'alcohol, el consum intensiu) en els quals la diferència entre gèneres també és

sensiblement més important als països del sud d'Europa que a la resta de la UE, tot i que, tal com succeeix amb altres aspectes, aquests percentatges poden veure's afectats per les conveniències culturals. Per primer cop, l'any 2003 s'observa que el consum intensiu a alguns països (el Regne Unit i Irlanda), i els casos d'embriaguesa registrats a d'altres països (Finlàndia, Islàndia en algunes mesures, i el Regne Unit), són més comuns entre les noies que entre els nois. Alguns experts suggereixen que aquesta igualtat relativa entre gèneres està vinculada al paper social de les dones al Regne Unit, Irlanda i els països nòrdics, tot i que la complexitat de la situació en la població adulta (vegeu més amunt) indica que cal ser prudent amb les interpretacions massa simplistes en aquests casos (vegeu també Room, 2005).

Si comparem les tendències d'ambdós gèneres pel que fa als episodis d'embriaguesa (vegeu les figures 3.14 i 3.15), l'augment del percentatge de casos d'embriaguesa entre els nois presenta algunes excepcions, mentre que, en el cas de les noies és un augment molt més constant. Aquesta tendència és més sòlida a la UE15, ja que a set de cada deu països es registra un augment proporcional dels casos d'embriaguesa entre les noies que resulta més rellevant que el canvi entre els nois (les excepcions són Finlàndia, l'únic país on els casos d'embriaguesa van disminuir en general, i Dinamarca, que presentava els nivells més alts l'any 1995; els resultats de l'estudi HBSC són similars, tot i que menys pronunciats). A algunes parts de la UE10 (Estònia, Letònia, Eslovàquia i Eslovènia), l'augment proporcional també és molt més marcat entre les noies en comparació amb els nois, tot i que aquesta tendència no s'aprecia a tot arreu (per exemple, a Polònia i Lituània). No obstant això, aquestes xifres poden exagerar fins a quin punt s'ha reduït la diferència absoluta entre nois i noies. Per exemple, la proporció de noies estonianes que s'embriaguen tres o més cops al mes s'ha triplicat del 5% al 15%, però aquests percentatges encara són baixos en termes absoluts comparats amb l'augment proporcionalment menor del 12% que s'ha registrat entre els nois d'aquest país. Això vol dir que, en els últims anys, la diferència entre les xifres d'episodis d'embriaguesa tres o més cops al mes entre els nois i entre les noies han augmentat al mateix nombre de països que han disminuït.

Com a conclusió, alguns senyals apunten una possible reducció de la diferència entre gèneres, però aquesta tendència només és vàlida per a alguns dels aspectes del consum d'alcohol a determinats països i, per tant, no s'ha de considerar un corrent universal. En canvi, les tendències principals del consum d'alcohol dels joves s'esdevenen de manera paral·lela en ambdós gèneres.

Taula 4.2: Tendències de la gent jove pel que fa a diverses mesures de consum intensiu i embriaguesa segons el país, en aquest cas, *tres o més ocasions de consum intensiu d'alcohol durant els darrers 30 dies*.

Els ▲ vermells indiquen un augment de més d'un 2%; els ▼ blaus indiquen un descens de més d'un 2%; els — grisos mostren una tendència de menys del 2%.

Anys	NOIS		NOIES	
	1995-1999 ¹	1999-2003 ¹	1995-1999 ¹	1999-2003 ¹
Bulgària		▲		▲
Xipre		▼		—
Rep. Txeca	▲	—	▲	—
Dinamarca	▲	▼	▲	▼
Estònia	▲	▲	▲	▲
Finlàndia	—	—	▼	—
França		▼		—
Grècia		—		▲
Hongria	—	▼	—	▼
Islàndia	▲	▼	▲	▼
Irlanda	▲	—	▲	—
Letònia		▲		▲
Lituània	—	▲	—	—
Malta	▲	▲	▲	—
Noruega	▲	—	▲	—
Polònia	▲	▼	▲	▼
Portugal	▲	▲	—	▲
Romania		—		—
Eslovàquia	—	▲	▲	▲
Eslovènia ⁴	▲	▼	▲	—
Suècia	▲	▲	—	▲
Regne Unit	▲	▼	▲	—

Notes: a la taula no s'inclouen els resultats d'Itàlia perquè només hi ha dades disponibles per al període de 1995 i 2003; durant aquest període més extens s'observa un descens en el cas dels nois i no es registren canvis en el cas de les noies.
Fonts: ESPAD (Hibell [et al.], 1997; Hibell [et al.], 2000; Hibell [et al.], 2004).

Taula 4.3: Tendències de la gent jove pel que fa a diverses mesures de consum intensiu i embriaguesa segons el país, en aquest cas, *deu o més ocasions de consum intensiu d'alcohol anuals*.

Els ▲ vermells indiquen un augment de més d'un 2%; els ▼ blaus indiquen un descens de més d'un 2%; els — grisos mostren una tendència de menys del 2%.

Anys	NOIS		NOIES	
	1995-1999 ¹	1999-2003 ¹	1995-1999 ¹	1999-2003 ¹
Bulgària		▲		—
Xipre	—	—	—	—
Rep. Txeca	▲	—	—	▲
Dinamarca	▲	▼	▲	▼
Estònia	▲	▲	▲	▲
Finlàndia	▲	▼	▼	▼
França		—		—
Grècia		—		—
Hongria	—	▲	—	▲
Islàndia	—	▼	▼	▼
Irlanda	▲	—	▲	▲
Itàlia	—	▲	—	—
Letònia		—		—
Lituània	▲	▲	—	▲
Malta	—	—	—	—
Noruega	▲	▼	▲	—
Polònia	▲	—	—	—
Portugal	▲	▼	—	—
Romania		—		—
Eslovàquia	—	▲	▲	—
Eslovènia ⁴	▲	—	▲	—
Suècia	▲	▼	—	▼
Regne Unit	▲	▼	—	—

Fonts: ESPAD (Hibell [et al.], 1997; Hibell [et al.], 2000; Hibell [et al.], 2004).

Taula 4.4: Tendències de la gent jove pel que fa a diverses mesures de consum intensiu i embriaguesa segons el país, en aquest cas, *dues o més ocasions de consum intensiu d'alcohol al llarg de la vida*.

Els ▲ vermells indiquen un augment de més d'un 2%; els ▼ blaus indiquen un descens de més d'un 2%; els — grisos mostren una tendència de menys del 2%.

Anys	NOIS		NOIES	
	1993/4-1997/8	1997/8-2001/2	1993/4-1997/8	1997/8-2001/2
Àustria	▲	▼	▲	—
Bèlgica ¹	—	▲	▲	▲
Rep. Txeca	—	—	▲	▲
Dinamarca	▲	▼	▼	—
Estònia	▲	▲	▲	▲
Finlàndia	—	—	▲	—
Grècia		—		▼
Hongria	▲	▲	—	▲
Irlanda		▼		▲
Letònia	▲	▼	—	—
Lituània	▲	▲	▲	▲
Noruega	▲	—	▲	—
Polònia	▲	—	▲	—
Portugal		▼		▲
Suècia	▲	—	▲	—
Suïssa	▲	▲	▲	▲
Regne Unit ²		▲		▲

Notes: ¹Només la zona francòfona de Bèlgica. ² La informació del Regne Unit només fa referència a Anglaterra; durant el mateix període, les altres regions mostren tendències diferents (a Escòcia no es registra cap canvi entre els nois i, en el cas de les noies, s'aprecia un augment seguit d'un descens; a Gal·les s'aprecia un creixement entre 1993/1994 i 1997/1998 i un descens entre 1997/1998 i 2001/2002 en ambdós gèneres).

No s'inclouen els resultats d'Eslovènia perquè la informació disponible només cobreix el període de 1993/1994 i 2001/2002; durant aquest període més extens s'observa un augment en el cas de les noies i no es registren canvis en el cas dels nois.

Fonts: informes de l'estudi HBSC (Kinf i col·legues, 1996; Currie [et al.], 2000; Curie [et al.], 2004).

Consum d'alcohol i dependència entre els adults joves

Si ens fixem en els adults joves,⁴⁴ a alguns països, el nivell de consum més elevat es dona en la franja dels grups més joves, en comparació amb els joves de més edat, mentre que a altres països el consum és menor (Mäkelä [et al.], 2001; Hemström, Leifman i Ramstedt, 2001); Mäkelä [et al.], 2005).⁴⁵ Això vol dir que les persones d'entre 19 i 29 anys d'edat representen, aproximadament, entre un 20% i un 45% del total del consum d'alcohol (el valor exacte depèn del país), tant en el cas dels homes com de les dones entre 19 i 65 anys (càlcul dels autors d'aquest informe a partir de les dades que s'inclouen a Hemström, Leifman i Ramstedt, 2001; Ramstedt i Hope, 2003). Aquest percentatge compara els joves de 19 a 29 anys d'edat, que representen entre un 25% i un 30% a la majoria de països, i un 38% a Irlanda. Paral·lelament, tot i que els adults joves solen beure alcohol menys sovint que les generacions de més edat (Eurobaròmetre, 2003), aquest efecte és més marcat als països del sud d'Europa i a Alemanya (Leifman, 2002; Mäkelä [et al.], 2005). Aquesta tendència és present als països nòrdics i el Regne Unit, però d'una manera molt menys rellevant (especialment, en el cas de les dones), i fins i tot podria desaparèixer segons la variable emprada (Leifman, 2002).⁴⁶

Una de les causes principals d'aquesta tendència sembla ser la preferència relativament estable de la gent jove de consumir alcohol a llocs públics, com bars, en lloc de beure alcohol durant els àpats. Aquest fenomen és especialment rellevant a Europa del sud (i, en una proporció menor, a Alemanya), on, durant els àpats del dinar i el sopar, la gent jove consumeix alcohol amb molta menys freqüència que els grups de més edat, tot i que el percentatge de joves que beuen alcohol als restaurants o bars supera el de les generacions més grans (la magnitud absoluta d'aquest últim factor és insuficient per sobrepassar l'altre). Al nord d'Europa, la gent jove presenta un nivell similar de freqüència elevada de consum d'alcohol en públic, però la freqüència de consum de begudes alcohòliques durant els àpats és molt menys significativa. Ara bé, de manera excepcional, al Regne Unit el consum d'alcohol durant els àpats és molt més freqüent en els joves (Leifman, 2002). Com a resultat dels diversos percentatges d'aquests patrons per edats, a Europa, els contextos de consum d'alcohol de les persones joves difereixen dels contextos dels adults de més edat (descrits més amunt). Especialment, al Regne Unit, on la freqüència de consum d'alcohol durant el sopar equival a la d'Itàlia i és més elevada que la de França.

Igual que ocorre amb el consum en públic, la freqüència de consum fins a la intoxicació és més elevada en la gent jove que en els grups de més edat a la majoria d'estudis, tot i que no pas a tots (malgrat que hi ha algunes excepcions a l'Eurobaròmetre, 2003), i la diferència és molt més marcada a algunes parts del nord d'Europa, el Regne Unit i Irlanda que a la resta del continent (Leifman, 2002; Kuntsche, Rehm i Gmel, 2004). A la regió del Bàltic, el patró

⁴⁴ *Adults joves* en aquest context fa referència exclusivament als joves de 18 a 29 anys d'edat (a l'estudi ECAS) o de 20 a 34 anys d'edat (al projecte GENACIS de Mäkelä [et al.], 2004), i, per tant, no inclou els nens ni els adolescents.

⁴⁵ Als països del nord d'Europa, Irlanda i el Regne Unit, el nivell de consum d'alcohol més elevat és el dels adults joves, als països d'Europa central de la UE10 aquest grup consumeix menys alcohol que altres grups de més edat.

⁴⁶ L'efecte és visible quan la freqüència de consum d'alcohol es calcula com la freqüència de consum més elevada d'una beguda alcohòlica concreta o bé com la suma de les freqüències de consum d'alcohol de diverses begudes, però desapareix quan es té en consideració el nombre d'*ocasions de consum* setmanals (durant el dinar, durant el sopar, a casa fora d'àpats, fora de casa i fora d'àpats). Vegeu també l'anàlisi sobre el mesurament de la freqüència de consum, més amunt.

es divideix segons el gènere. Així doncs, els percentatges de consum intensiu a Estònia, Letònia, Lituània i Finlàndia són més elevats en els joves que en els adults més grans en el cas de les dones però no entre els homes (Helasoja [et al.], 2005).⁴⁷ La relació entre la gent jove i el consum de cervesa a tot Europa és un dels patrons més constants: a gairebé tots els països (menys a Alemanya), els grups més joves tendeixen a preferir la cervesa en una proporció superior que els grups de més edat (Hupkens, Knibbe i Drop, 1993; Hemström, Leifman i Ramstedt, 2001; Leifman, 2002).

Tot i que hi ha molt poca informació disponible per estudiar les tendències del consum d'alcohol dels adults joves, els estudis realitzats a Itàlia indiquen que, durant els anys noranta, els joves bevien relativament menys alcohol que els grups poblacionals de més edat en comparació amb els anys cinquanta (Leppänen, Sullström i Suoniemi, 2001), però tendien a consumir alcohol més sovint fora d'àpats (Ministero della Salute, 2003). Si es considera que el descens del consum per capita a Itàlia és una conseqüència de la reducció del consum durant els àpats (vegeu l'anàlisi més amunt), es pot estimar que aquestes conclusions es confirmen l'una a l'altra, en lloc de contradir-se. No obstant això, en altres casos és difícil distingir les tendències del consum d'alcohol d'una població en diferents períodes de temps que ocorren primer entre la gent jove (efectes de cohort) o simples efectes de l'edat que no comportaran cap canvi a escala poblacional. Per tant, cal esperar per saber si les diferències entre el consum d'alcohol dels adults joves a diversos països d'Europa (com s'aprecia amb la freqüència de consum d'alcohol, les preferències en qüestió de begudes alcohòliques i el consum d'alcohol durant els àpats) representen un altre pas cap a l'harmonització del consum d'alcohol a la Unió Europea.

Com s'expliquen les tendències de consum d'alcohol a Europa?

Al llarg d'aquest capítol s'han presentat evidències de l'harmonització de certs aspectes del consum d'alcohol a determinades parts d'Europa, mentre que amb altres aspectes i a altres regions es continuen apreciand diferències. Els països de la UE, especialment, s'han apropat els uns als altres pel que fa a (i) consum registrat, (ii) preferències en qüestió de begudes alcohòliques, i (iii) episodis d'embriaguesa entre la gent jove. En aquest últim cas, només s'aprecia un canvi durant els últims deu anys. Els nivells de consum d'alcohol registrats s'han homogeneïtzat a la majoria de països de la UE, però en d'altres aspectes, la convergència només s'aprecia entre els membres de la UE15 (preferències en qüestió de begudes alcohòliques) o entre els països de la UE10 i la UE15 (consum d'alcohol dels joves). Malauradament, no disposem de la informació necessària per estudiar la relació d'aquests factors amb les tendències dels patrons de consum de risc dels adults, la qual cosa, arran de la importància que representa aquest tema per a la salut pública, és una mancança que cal resoldre amb prioritat.

Tot i que aquests resultats proporcionen una imatge bastant completa de les últimes tendències de consum d'alcohol, també requereixen una explicació a la pregunta següent: per què ha tingut lloc aquesta harmonització parcial?

⁴⁷ El grup d'edat més jove inclou la franja de 20 a 34 anys; *mitjana edat* fa referència al grup de 35 a 49 anys d'edat. El consum intensiu d'alcohol es defineix com el consum de sis mesures d'alcohol (habituals de restaurant) en una sola ocasió.

Una possibilitat és que aquest procés sigui el resultat dels importants canvis que s'han produït en les condicions de vida als països de la UE, com els canvis en els patrons de l'ús del temps, la urbanització i l'evolució de l'agricultura als sectors industrials i dels serveis als països del Mediterrani (Allamani, 2001). Tot i així, el descens del percentatge de consum elevat d'alcohol entre els agricultors francesos és el responsable de només una quarta part del descens del consum d'alcohol entre 1965 i 1979 (Sulkunen, 1989). D'altra banda, els canvis del consum i les preferències en qüestió de begudes alcohòliques a França durant aquest període es poden observar a tots els grups ocupacionals (inclosos els agricultors), i tant als entorns rurals com als urbans. Més recentment, els estudis realitzats a Europa no mostren cap diferència sistemàtica entre les zones rurals i urbanes de la UE15 ni pel que fa a la proporció dels ingressos que es destina a l'alcohol, ni pel que fa al nivell de consum (Eurobaròmetre, 2003; Comissió Europea, 2003b). I, de manera general, és difícil conciliar una simple explicació d'un únic factor amb els diversos resultats de canvis similars al nord i al sud d'Europa (Simpura, 1998). Una de les explicacions d'aquest fenomen pot ser la complexa relació entre la urbanització i el consum d'alcohol, que emprèn diferents direccions. Alguns sociòlegs prediuen que el paper de l'alcohol com a lubricant social cada cop serà més important (i no menys important) al món anònim de la ciutat (Sulkunen, 1989; Simpura, 1996).

Els factors econòmics, com els increments dels ingressos disponibles (especialment, en el cas dels joves) i les modificacions del preu de l'alcohol, també es consideren factors contribuents a l'harmonització parcial. Per exemple, s'ha trobat que el PIB és un factor important que influeix en els nivells de consum d'alcohol als països de la UE15 (Customs Associates Ltd., 2001), mentre que les empreses que realitzen estudis de mercat pronostiquen un augment del consum com a conseqüència del l'augment del PIB (esmentat a Anderson, 2006). De manera més general, sovint els nivells de consum d'alcohol varien en funció dels impostos i els preus (vegeu el capítol 7). Però, tot i així, segons l'anàlisi economètrica més exhaustiva, els preus i les despeses per si sols no poden predir l'harmonització dels nivells de consum d'alcohol a la UE15, encara que siguin l'explicació d'una part de la variació registrada (Leppänen, Sullström i Suoniemi, 2001; Leifman, 2001b). El descens del consum de vi al sud d'Europa també és clarament problemàtic des d'aquesta perspectiva, atès que els preus reals s'han mantingut estables o han disminuït al mateix temps que s'ha identificat un descens estable dels nivells de consum (Allamani, 2001). No obstant això, la recessió de mitjan dècada dels anys vuitanta es considera un factor que ha contribuït al descens del consum al sud d'Europa, mentre que l'augment relatiu dels preus del vi comparat amb la cervesa també s'ha relacionat amb el canvi de preferències en qüestió de begudes que s'observa a Espanya (Gual i Colom, 1997). Aquest fet indica que els factors econòmics poden tenir certa influència fins i tot quan l'alcohol és relativament barat (vegeu la comparació dels preus de l'alcohol a Europa al capítol 9).

Un altre dels factors potencialment responsables d'aquest procés és la globalització, en les seves diverses formes, i, especialment, les pràctiques empresarials que han propiciat l'augment dels operadors de begudes alcohòliques multinacionals a la UE15 i, més recentment, també a la UE10 (Simpura, 1997; Leifman, 2001b), tal com descriu més detalladament l'anàlisi de màrqueting del capítol 7. Un dels aspectes d'aquesta tendència és el domini publicitari de la cervesa i els licors en comparació amb el vi als països del sud d'Europa (Gual i Colom, 1997), tot i que un altre possible factor són les relacions més profundes i l'accés al mercat amb les diverses formes de la UE (vegeu el capítol 8). Potser l'aspecte

més important és que aquesta tendència suggereix que, als països europeus, el consum de «begudes alcohòliques internacionals» està augmentant cada vegada més, en comparació amb les begudes que s'han produït tradicionalment a cada zona. Aquesta afirmació queda parcialment recolzada per les dades que mostren el percentatge d'importacions del total de begudes alcohòliques al mercat grec, italià, portuguès i espanyol, que ha augmentat dràsticament d'un 1% o menys l'any 1970 a entre un 9% i un 18% a l'actualitat.⁴⁸ Tot i així, això implica que la major part de begudes alcohòliques encara són de producció interna i, fins i tot en el cas de la cervesa (la «nova beguda»),⁴⁹ només a Itàlia es comercialitza menys d'un 90% de cervesa procedent del mercat intern (vegeu també Pyörälä, 1989). A més a més, és possible que la força de la publicitat a l'hora de provocar un canvi cultural estigui sobreestimada, i és probable que la publicitat hagi impulsat o accelerat el canvi cultural, en lloc de ser-ne l'únic responsable.

Potser l'explicació més interessant prové d'una anàlisi de competència cultural entre els diversos grups socials (Sulkunen, 1989; Hupkens, Knibbe i Drop, 1993; Knibbe, Drop i Hupkens, 1996). Emprant la teoria social de Pierre Bourdieu (Bourdieu, 1984; vegeu també Bourdieu, 1990), alguns experts afirmen que les persones que disposen de «capital cultural» empenen els seus criteris de preferències per consolidar la seva posició a l'alta societat (tot i que, sovint, ho fan de manera inconscient i natural, i no explícita). Aquests criteris de preferències es difonen a tota la societat Europea a causa del desig de les persones d'augmentar el seu capital cultural i del reconeixement de l'existència d'una jerarquia pel que fa a les preferències, o, tal com diu la famosa frase de Bourdieu, perquè saben que «*el gust classifica, i classifica el classificador*» (Bourdieu, 1984:6). Les persones amb un capital cultural menor adopten els patrons d'aquesta elit per fer gala de la seva competència cultural i, d'aquesta manera, el comportament de les capes socials més benestants es difon gradualment entre la societat europea. A França, i segurament a altres països productors de vi, com Itàlia i Espanya, el consum tradicional substancial de vi durant els àpats cada cop es relaciona més amb costums antigues, i queda substituït per un comportament de consum d'alcohol més modern, com l'abstinència o el consum fora d'àpats (Sulkunen, 1989; Simpura, 1998). Sens dubte, part del consum de vi s'ha substituït pel consum de refrescos de cola, suc de fruita i aigua mineral, begudes que abans no es bevien amb gaire freqüència a aquesta zona d'Europa (Gual i Colom, 1997).

Un dels punts forts d'aquest plantejament és que també es pot aplicar a la resta de països de la UE15, on consumir begudes que no són tradicionals també és una manera d'aparentar uns gustos moderns. Al nord d'Europa, aquest comportament s'aprecia amb l'augment de la popularitat del vi durant els àpats, una tendència que (com es pot preveure) és més acusada en els grups socioeconòmics més benestants (Hupkens, Knibbe i Drop, 1993). La informació regional també sembla corroborar aquesta teoria, tot i quedar difuminada per la manca de controls dels patrons de consum de diversos grups educatius.

⁴⁸ La disponibilitat de l'alcohol es calcula de la manera següent: «producció + importacions – exportacions»; totes les dades (segons el pes) provenen de la divisió estadística de l'Organització de les Nacions Unides per a l'Agricultura i l'Alimentació (FAOSTAT), accessible a través de <http://faostat.fao.org/>.

⁴⁹ La cervesa no és una beguda ben bé «nova» al sud d'Europa, ja que ha existit durant diversos mil·lennis. Tot i així, tant la cervesa als països del sud d'Europa com el vi als països del nord a vegades es descriuen com a «noves begudes» per la manca d'un ús freqüent majoritari a la història recent.

No obstant això, la preferència relativa d'una beguda en lloc d'una altra mostra el patró pronosticat pel nivell educatiu de les regions, és a dir, a les regions del Mediterrani amb un nivell educatiu més baix, el consum de vi és més present que el consum de cervesa, però als països del nord la tendència dominant és l'oposada.⁵⁰ És important no exagerar la força explicativa d'aquest aspecte (el vi encara és la beguda predilecta a França, per exemple, especialment a determinades regions), tot i que apunta a una possible causa comuna per a les tendències a Europa que, d'una altra manera, serien ben diverses.

L'últim factor que cal tenir en compte és l'impacte de la política de salut pública, en la qual també s'ha identificat una harmonització des de la Segona Guerra Mundial (vegeu el capítol 9). El canvi en les mesures polítiques ha estat més notable a les zones on, prèviament, hi havia menys polítiques (inclosos els països d'Europa del sud), i s'ha identificat que el descens del consum d'alcohol a aquests països comença, aproximadament, al mateix moment en què aquestes polítiques es comencen a posar en pràctica (Gual i Colom, 1997). Gual i Colom també esmenten que la política pública, amb l'objectiu de restringir el consum de licors, també pot haver contribuït a l'augment del consum de cervesa. D'altra part, la política pública de salut també pot influenciar el consum d'alcohol de la gent jove, atès que l'augment del consum intensiu que va tenir lloc a la UE15 durant la segona meitat dels anys noranta va comportar un augment de la conscienciació i les actuacions tant a escala nacional com a escala europea (vegeu el capítol 8).

Una de les dificultats principals és separar les causes i els efectes de la política: un augment de la conscienciació dels problemes relacionats amb l'alcohol pot reduir el consum de risc i l'augment de les possibilitats que s'adoptin polítiques en matèria d'alcohol (Allamani, 2001). Per exemple, els participants d'estudis realitzats a França al començament dels anys vuitanta solien afirmar que el motiu pel qual bevien poc alcohol era la salut (esmentat a Sulkunen, 1989), que, al mateix temps, es pot relacionar amb el canvi de polítiques en matèria d'alcohol a França. Per tant, tot i que sembla poc probable que unes polítiques de salut pública estrictes puguin ser l'explicació absoluta d'un canvi cultural d'aquestes dimensions, les organitzacions que realitzen estudis de mercat solen esmentar la presència **més elevada de polítiques** en matèria d'alcohol com a factor que explica el baix consum a països com França (per consultar un exemple de l'aplicació pel que fa al consum de menors i la conducció sota els efectes de l'alcohol, vegeu Euromonitor i just-drinks.com, 2005:11, 23).

Complexitat cultural i tendències entre la gent jove

Aquestes forces econòmiques i culturals no s'han de considerar processos artificialment diversos. De fet, són maneres d'entendre una interacció complexa de factors que, sens dubte, influeixen en el que alguns anomenen la «modernització» de les preferències en qüestió de begudes alcohòliques a Europa (vegeu més amunt). Per exemple, l'increment de la conscienciació sanitària pot ser una explicació parcial de per què el vi es considera menys modern que

⁵⁰ Reinterpretació de les dades presentades per Knibbe [*et al.*] (Knibbe, Drop i Hupkens, 1996) realitzada pels autors d'aquest informe. La tendència sobre el consum de cervesa que s'inclou a l'estudi original no ha estat corroborada per la resta d'estudis, però tampoc no té en compte la preferència *relativa* per una beguda davant d'una altra. En canvi, sí que s'empenen les correlacions absolutes de la freqüència de consum de cervesa/vi amb el nivell educatiu regional, que sembla produir una distorsió dels resultats.

abans a França (Sulkunen, 1989), mentre que l'augment vertiginós de l'ús dels cotxes durant el segle xx ha contribuït a convèncer molts europeus del sud que l'alcohol representa un risc per a la salut (Gual i Colom, 1997; Simpura, 1998). I encara és més rellevant el fet que la globalització de les formes culturals, juntament amb la globalització del comerç (Simpura, 1997) pot tenir implicacions importants per a l'estil i els gustos relacionats amb determinades pràctiques de consum d'alcohol que, potencialment, desemboquen en una harmonització més estesa. Aquesta tendència es pot apreciar en el moviment a l'alça de persones i artefactes culturals (per exemple, programes televisius, pel·lícules, música i llibres) entre regions i països, que proporciona a les persones l'oportunitat de veure maneres diverses de viure la vida (i, a una escala més reduïda, maneres diferents de consumir alcohol). Fins i tot si els models ingenus d'homogeneïtzació cultural actualment s'han refusat en termes generals, l'augment de l'exposició i l'ús de formes culturals prèviament «estrangeres», especialment, entre la gent jove, pot originar tendències i modes que s'esdevinguin al mateix temps a diverses zones geogràfiques, d'una manera que era molt més poc freqüent en un món menys globalitzat.

Aquest factor podria explicar parcialment l'harmonització dels episodis d'embriaguesa entre els països de la UE15 i la UE10 durant els últims deu anys, i l'augment dels informes sobre consum d'alcohol de risc en els joves a països on no se solien registrar aquest tipus de problemes, com el consum intensiu a Portugal (Hibell [et al.], 2004), l'augment del consum d'alcohol fora d'àpats a Itàlia (Ministero della Salute, 2003), i l'elevat nombre de joves que beuen alcohol i escolten música fins a altes hores de la matinada als pobles d'Espanya, conegut com «el botellón» (Baigorri, Fernández i GIESYT, 2004). Aquest fenomen s'ha produït en el context de l'augment del consum, sovint per part de la gent jove, de drogues il·legals durant la dècada dels noranta (Hibell [et al.], 2000) com a part d'una activitat d'oci ocasional (Allaste i Lagerspetz, 2002), i que ha comportat allò que alguns anomenen *guerres de drogues recreatives* entre les drogues legals i les il·legals (Brain, 2000). Aquest fet suggereix que l'alcohol i les altres drogues han de competir al mercat juvenil oferint experiències més intenses en la cerca del plaer, tant amb relació a les begudes alcohòliques com a l'entorn de consum (Measham, 2004).

Tot i que gran part de les anàlisis sobre aquest tema s'han realitzat al Regne Unit, a tota la UE s'observa un context similar. Per exemple, a Itàlia, el consum de drogues «s'està convertint cada cop més en un fenomen de consum en lloc d'un fenomen de conducta desviada» (Beccaria i Sande, 2003: 104), mentre que, a Espanya, el consum de cànnabis s'ha doblat i el consum de cocaïna s'ha quadruplicat entre 1994 i 2002, acompanyat d'un augment dràstic del consum intensiu entre 2002 i 2004 (Ministeri de Sanitat i Consum, 2005). A partir de l'experiència de la capital estoniana, Tallin, alguns experts suggereixen que el consum de drogues recreatives entre la gent jove depèn de dos factors: un entorn lliure i la imposició de la «cultura juvenil», producte del canvi cultural, el creixement econòmic i la globalització del període posterior a la Segona Guerra Mundial (Allaste i Lagerspetz, 2002). Malgrat que és possible que hi hagi altres causes darrere d'aquestes tendències, alguns experts afirmen que l'experiència comuna de consumisme i individualisme —que han creat un món d'expectatives incomplertes i aïllament del qual els individus intenten escapar mitjançant el consum— poden ser parcialment responsables (Eckersley, 2005). Per ampliar aquestes conjectures, seria de gran utilitat disposar d'altres anàlisis sobre la magnitud i les causes d'aquestes tendències des d'una perspectiva europea, que ajudarien a explicar aquests patrons que s'aprecien clarament entre els ciutadans joves de la Unió.

No obstant els múltiples factors que hi contribueixen, també és important recordar que les diverses maneres de consumir alcohol estan fortament ancorades a les cultures europees i tenen la seva pròpia inèrcia que fa que el ritme dels canvis sigui sovint molt lent (Simpura, Karlsson i Leppänen, 2001). De fet, aquesta inèrcia pot estar relacionada amb els ritmes interns del consum d'alcohol en «ones llargues» (vegeu Simpura, 1995). Els canvis recents en la cultura de consum d'alcohol dels joves podria indicar que la gent jove és més receptiva al canvi que els adults, amb una atracció intuïtiva. Tot i així, la proporció de joves en una regió no equival a l'adopció de la nova beguda alcohòlica a cap part d'Europa (Knibbe, Drop i Hupkens, 1996), mentre que les cultures de consum d'alcohol adultes encara són un factor important per als patrons de consum dels joves (Bjarnason [et al.], 2003). L'evidència que s'inclou en aquest capítol demostra que molts dels patrons de consum d'alcohol adults es reproduïen a les generacions més joves, malgrat les diferències generacionals que hi pugui haver a cada país.

Conclusió

En aquest capítol s'ha presentat de manera esquemàtica la situació actual dels hàbits de consum d'alcohol a la Unió Europea, la regió on es consumeix més alcohol de tot el món. També s'ha analitzat la manera com els nivells de consum d'alcohol de la població solen avançar conjuntament amb la proporció de persones amb un consum elevat d'alcohol, mentre que les tendències dels abstemis evolucionen de manera relativament independent. Dins d'aquest panorama general s'aprecien algunes diferències clares, tant entre els subgrups poblacionals (definites pel nivell socioeconòmic, el gènere o l'edat) com entre els diversos països d'Europa. Però el factor més sorprenent des d'una perspectiva a llarg termini és l'harmonització parcial que afecta, en alguns casos, a tota la UE (pel que fa als nivells de consum), i en d'altres, només determinades zones d'Europa (als països de la UE10 i la UE15 amb relació als episodis d'embriaguesa en els joves, o a la UE15 amb relació a les preferències en qüestió de begudes alcohòliques). A més, també s'aprecia una tendència de patrons de consum d'alcohol nous i més arriscats en els joves de moltes zones del continent, tot i que l'augment general del consum no implica que la gent jove estigui completament desvinculada de la cultura de consum d'alcohol del seu país de naixement.

Tot i que resumir la situació europea no és una tasca senzilla, intentar explicar els motius que la desencadenen és sens dubte encara més complicat. Un terme simple com *modernització* pot englobar explicacions diferents que interactuen de maneres complexes i, sovint, diverses segons el context. Tenint això en compte, agrupar les cinc perspectives generals que s'han esmentat a l'apartat anterior (condicions de vida, canvis econòmics, globalització, competència cultural i política de salut pública) pot ser una manera de confrontar aquests canvis i orientar possibles pronòstics sobre la situació en el futur. Els canvis en l'ús del temps i la urbanització també poden haver influït parcialment en l'homogeneïtzació dels nivells de consum d'alcohol, com també pot ser el cas de l'augment de la prosperitat, encara que cap d'aquests factors no ofereix una explicació tant clara com se sol pensar. La globalització —un terme emprat, principalment, per fer referència a la internacionalització de la indústria de les begudes alcohòliques— ha augmentat la disponibilitat de diferents tipus de begudes alcohòliques «estrangeres» i, a més, ha anat estandarditzant gradualment les pràctiques de màrqueting (a més del contingut). A més, és possible que aquest aspecte estigui relacionat amb la competició simbòlica que s'esdevé entre les preferències diàries, i que explica par-

cialment el motiu pel qual les «noves begudes» són més atractives per als ciutadans de la UE15. Finalment, tot i que és complicat separar totalment l'efecte de la política dels altres factors, està acceptat, tant des del punt de vista de la salut pública com de la indústria de les begudes alcohòliques, que les polítiques en matèria d'alcohol en l'àmbit de la salut pública, cada cop més homogènies i, en general, més nombroses (vegeu el capítol 9), han contribuït en certa mesura a l'harmonització europea dels nivells de consum d'alcohol.

Des d'una perspectiva de creació de polítiques en matèria de salut pública, aquests canvis en el comportament de consum d'alcohol s'han de valorar en el context dels problemes relacionats amb l'alcohol. Els pròxims dos capítols faran referència a aquests riscos i conseqüències.

Bibliografia

Abel, G. M. i Plumridge, E. W. (2004). "Network "Norms" or "Styles" of "Drunken Comportment"?" Health Education Research, 19: 492-500.

Academy of Medical Sciences (2004). Calling time: the nation's health as a public health issue. http://www.acmedsci.ac.uk/p_callingtime.pdf

Ahlström, S. (1987). "Women's Use of Alcohol." Finnish drinking habits: results from interview surveys held in 1968, 1976 and 1984, Edited by J. Simpura. Helsinki, Finland: The Finnish Foundation for Alcohol Studies.

Ahlström, S., Bloomfield, K., i Knibbe, R. (2001). "Gender Differences in Drinking Patterns in Nine European Countries: Descriptive Findings." Substance Abuse, 22(1): 69-85.

Ahlström, S., Gmel, G., Mäkelä, Pia. i Näsänen, J. (2005). "Drinking Contexts in European Countries." Pp.73-86 in Gender, Culture and Alcohol Problems: A Multi-national Study. Project Final Report, Edited by K. Bloomfield, S. Ahlström, A. Allamani, F. Beck, K. Helmersson Bergmark, L. Csemy, I. Eisenbach-Stangl, Z. Elekes, G. Gmel, F. Kerr-Correa, R. Knibbe, Pia. Mäkelä, M. Monteiro, M. Medina Mora, S. Nordlund, I. Obot, M. Plant, G. Rahav, and R. Mendoza. Berlin: Charite Campus Benjamin Franklin.

Allamani, A. (2001). "Policy Implications of the ECAS Results: a Southern European Perspective." Pp.195-205 in Alcohol in postwar Europe: Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries, Edited by T. Norström. Stockholm: National Institute of Public Health, European Commission.

Allamani, A., Voller, F., Kubicka, L., i Bloomfield, K. (2000). "Drinking Cultures and the Position of Women in Nine European Countries." Substance Abuse, 21(4): 231-37.

Allaste, A.-A. i Lagerspetz, M. (2002). "Recreational Drug Use in Estonia: the Context of Club Culture." Contemporary Drug Problems, 29: 183-200.

Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., Girolamo, G., Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J. M., Katz, S. J., i col. (2004). "Prevalence of Mental Disorders in Europe: Results From the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project." Acta Psychiatrica Scandinavica, 109(s420): 22-27.

Anderson, P. (2006). "Addiction and Alcohol Use Disorders." In Martin Knapp, David McDaid, Elias Mossialos and Graham Thornicroft (Eds) Mental Health Policy and practice across Europe. Milton Keynes: Open University press.

Babor, T. F., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., Grube, J., Gruenewald, P., Hill, L., Holder, H. D., Homel, R., Österberg, E., Rehm, J., i Rossow, I. (2003). Alcohol: No Ordinary Commodity, Oxford: Oxford UP.

Baigorri, A., Fernández, R., i GIESYT. (2004). Botellón: Un Conflicto Postmoderno [Botellón: a Postmodern Conflict], Barcelona: Icaria.

Beccaria, F. i Sande, A. (2003). "Drinking Games and Rite of Life Projects: a Social Comparison of the Meaning and Functions of Young People's Use of Alcohol During the Rite of Passage to Adulthood in Italy and Norway." Young: the Nordic Journal of Youth Research, 11(2): 99-119.

Beinart, S., Anderson, B., Lee, S., i Utting, D. (2002). Youth at risk: a national survey of risk factors, protective factors and problem behaviour among young people in England, Scotland and Wales. London: Communities that Care.

Beirness, B. J., Foss, R. D., i Vogel-Sprott, M. (2004). "Drinking on Campus: Self-Reports and Breath Tests." Journal of Studies on Alcohol, 65: 600-604.

Bjarnason, T., Andersson, B., Choquet, M., Elekes, Z., Morgan, M., i Rapinett, G. (2003). "Alcohol Culture, Family Structure and Adolescent Alcohol Use: Multilevel Modeling of Frequency of Heavy Drinking Among 15-16 Year Old Students in 11 European Countries." Journal of Studies on Alcohol, 64(2): 200-208.

Bloomfield, K., Ahlström, S., Allamani, A., Choquet, M., Cipriani, F., Gmel, G., Jacquat, B. J., Knibbe, R., Kubicka, L., Lecomte, T., Miller, P., Plant, Moira, i Spak, F. (1999). Alcohol consumption and alcohol problems among women in European countries. Berlin: Free University of Berlin (Institute of Medical Informatics, Biostatics and Epidemiology). <http://www.medin.fu-berlin.de/statistik/Gender&Alcohol/>

Bloomfield, K., Gmel, G., Grittner, U., Kramer, S. i Eckloff, J. (2005). "Social Inequalities in Alcohol Consumption and Alcohol-Related Problems in the Study Countries of the EU Concerted Action "Gender, Culture and Alcohol Problems: a Multi-National Study"." Pp.117-35 in Gender, Culture and Alcohol Problems: A Multi-national Study. Project Final Report, Edited by K. Bloomfield, S. Ahlström, A. Allamani, F. Beck, K. Helmersson Bergmark, L. Csemy, I. Eisenbach-Stangl, Z. Elekes, G. Gmel, F. Kerr-Correa, R. Knibbe, Pia. Mäkelä, M. Monteiro, M. Medina Mora, S. Nordlund, I. Obot, M. Plant, G. Rahav, and R. Mendoza. Berlin: Charite Campus Benjamin Franklin.

Bloomfield, K., Gmel, G., Neve, R., i Mustonen, H. (2001). "Investigating Gender Convergence in Alcohol Consumption in Finland, Germany, the Netherlands and Switzerland: a Repeated Survey Analysis." Substance Abuse, 22(1): 39-53.

Bobak, M., Room, R., Pikhart, H., Kubinova, R., Malyutina, S., Pajak, A., Kurilovitch, S., Topor, R., Nikitin, Y., i Marmot, M. (2004). "Contributions of Drinking Patterns to Differences in Rates of Alcohol Related Problems Between Three Urban Populations." Journal Of Epidemiology and Community Health, 58: 238-42. <http://jech.bmjournals.com/cgi/content/full/58/3/238>

Bongers, I. M. B., van de Goor, L. A. M., van Oers, J. A. M., i Garretsen, H. F. L. (1998). "Gender Differences in Alcohol-Related Problems: Controlling for Drinking Behaviour." Addiction, 93(3): 411-21.

Bonomo, Y. A., Bowes, G., Coffey, C., Carlin, J. B., i Patton, G. C. (2004). "Teenage Drinking and the Onset of Alcohol Dependence: a Cohort Study Over Seven Years." *Addiction*, 99(12): 1520-1528.

Bourdieu, P. 1984. *Distinction: a Social Critique of the Judgement of Taste* [Translated by Richard Nice]. Originally published as *La distinction* (1979), London: Routledge & Kegan Paul.

Bourdieu, P. (1990). *The Logic of Practice* [Translated by Richard Nice]. Originally published as *Le sens pratique*, Cambridge: Polity.

Brain, K. (2000). Youth, alcohol, and the emergence of the post-modern alcohol order. Institute of Alcohol Studies. <http://www.ias.org.uk/iaspapers/brainpaper.pdf>

Carey, K. B. (2001). "Understanding Binge Drinking: Introduction to the Special Issue." *Psychology of Addictive Behaviors*, 15(4): 283-86.

Casswell, S., Pledger, M., i Hooper, R. (2003). "Socioeconomic Status and Drinking Patterns in Young Adults." *Addiction*, 98(5): 601-10.

Coleman, L. i Cater, S. (2005). *Underage 'risky' drinking*. York, UK: Joseph Rowntree Foundation.

Colhoun, H., Ben-Shlomo, Y., Dong, W., Bost, L., i Marmot, M. (1997). "Ecological Analysis of Collectivity of Alcohol Consumption in England: Importance of Average Drinker." *British Medical Journal*, 314: 1164. <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/314/7088/1164>

Comissió Europea (2003a). *Health in Europe: results from 1997-2000 surveys*. http://epp.eurostat.cec.eu.int/cache/ITY_OFFPUB/KS-57-03-184/EN/KS-57-03-184-EN.PDF

Comissió Europea (2003b). *Health statistics: key data on health 2002*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

Crawford, A. (1987). "Attitudes About Alcohol: a General Review." *Drug and Alcohol Dependence*, 19: 279-311.

Currie, C., Hurrelman, K., Settertobulte, W., Smith, Rebecca, i Todd, Joanna (2000). *Health and Health Behaviour among Young People: a WHO Cross-National Study (HBSC) International Report*. WHO.

Currie, C., Roberts, Chris, Morgan, A., Smith, Rebecca, Settertobulte, W., Samdal, O., i Rasmussen, V. B. (2004). *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen, Denmark: WHO.

Customs Associates Ltd (2001). *Study on the competition between alcoholic drinks*. http://ec.europa.eu/comm/taxation_customs/publications/reports_studies/taxation/study_al_drinks/al_drinks.htm

Droomers, M., Schrijvers, C. T. M., i Mackenbach, J. P. (2004). "Educational Differences in Starting Excessive Alcohol Consumption: Explanations From the Longitudinal GLOBE Study." *Social Science and Medicine*, 58(4): 2023-33.

Duarte, R. i Molina, J. A. (2004). "Alcohol Abuse Among Adolescents: Regional Evidence From Spain." *International Journal of Consumer Studies*, 28(1): 18-27. e-version in YP/Europe

Eckersley, R. M. (2005). "Cultural Fraud': the Role of Culture in Drug Abuse." *Drug and Alcohol Review*, 24: 157-63.

Epstein, E. E. (2001). "Classification of Alcohol-Related Problems and Dependence." Pp.47-70 in *International handbook of alcohol dependence and problems*, Edited by N. Heather, T. J. Peters, and T. Stockwell. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.

Eurobaròmetre (2003). *Health, food and alcohol safety*. Special Eurobarometer 186. http://ec.europa.eu/comm/public_opinion/index_en.htm

Euromonitor i just-drinks.com (2005). *The just-drinks/Euromonitor International industry review 2004-2010*. Bromsgrove, UK: Aroq Ltd.

Fillmore, K. M., Hartka, E., Johnstone, B. M., Leino, E. V., Motoyoshi, M., i Temple, M. T. (1991). "A Meta-Analysis of Life Course Variation in Drinking." *British Journal of Addiction*, 86(10): 1221-68.

Gerrard, M., Gibbons, F. X., Zhao, L., i col (1999). "The Effect of Peers' Alcohol Consumption on Parental Influence: A Cognitive Mediation Model." *Journal of Studies on Alcohol*, 13(Suppl.): 32-44.

Gmel, G., Bloomfield, K., Ahlström, S., Choquet, M., i Lecomte, T. (2000). "Women's Roles and Women's Drinking: a Comparative Study in Four European Countries." *Substance Abuse*, 21(4): 249-64.

Göransson, M., Magnusson, A., Bergman, H., Rydberg, U., i Heilig, M. (2003). "Fetus at Risk: Prevalence of Alcohol Consumption During Pregnancy Estimated With a Simple Screening Method in Swedish Antenatal Clinics." *Addiction*, 98(11): 1513-20.

Grant, B. F., Dawson, D., Stinson, F. S., Chou, S. P., Dufour, M. C., i Pickering, R. P. (2004). "The 12-Month Prevalence and Trends in DSM-IV Alcohol Abuse and Dependence: United States, 1991-1992 and 2001-2002." *Drug and Alcohol Dependence*, 74(3): 223-34.

Grundberg, G. (2004). "Consumption of Alcohol During Pregnancy: an Investigation of 1000 Spanish Women." The 'Coping with Parental Drinking' Symposium, Cologne 14th & 15th May 2004 [conference proceeding] <http://www.encare.info/content/resources/symposium2004.htm>

Gual, A. i Colom, J. (1997). "Why Has Alcohol Consumption Declined in Countries of Southern Europe?" *Addiction*, 92: S21-S31.

Hamlyn, B., Brooker, S., Oleinikova, K., i Wands, S. (2002). *Infant feeding 2000*. TSO.

Health Council of the Netherlands (2004). *Risks of alcohol consumption related to conception, pregnancy and breastfeeding: executive summary*. 2004/22. The Hague: Health Council of the Netherlands.

Helasoja, V., Lahelma, E., Prättälä, R., Petkeviciene, J., Pudule, I., i Tekkel, M. (2005). "Population Group Differences in Binge Drinking in Estonia, Latvia, Lithuania and Finland." Presentation

at Alcohol - use, harms and policy. A research-based Nordic-Baltic seminar, Riga, October 3, 2005 [conference proceeding]

Hemmingsson, T., Lundberg, I., i Diderichsen, F. (1999). "The Roles of Social Class of Origin, Achieved Social Class and Intergenerational Social Mobility in Explaining Social-Class Inequalities in Alcoholism Among Young Men." *Social Science and Medicine*, 49(8): 1051-59.

Hemström, Ö., H. Leifman, i M. Ramstedt (2001). "The ECAS-Survey on Drinking Patterns and Alcohol-Related Problems." *Alcohol in postwar Europe: Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries*, Edited by T. Norström. Stockholm: National Institute of Public Health, European Commission.

Hibell, B., Andersson, B., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., i Morgan, M. (2000). *The 1999 ESPAD Report: alcohol and other drug use among students in 30 European countries*. Stockholm, Sweden: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and The Pompidou Group at the Council of Europe.

Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Ahlström, S., Balakireva, O., Kokkevi, A., i Morgan, M. (2004). *The ESPAD Report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*. Stockholm, Sweden: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and The Pompidou Group at the Council of Europe. www.espad.org

Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Kokkevi, A., Morgan, M., i Narusk, A. (1997). *The 1995 ESPAD report: alcohol and other drug use among students in 26 European countries*. Stockholm, Sweden: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and The Pompidou Group at the Council of Europe.

Honess, T., Seymour, L., i Webster, R. (2000). *The social contexts of underage drinking*. London: The Research Development and Statistics Directorate, the Home Office. <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs/occ-drink.pdf>

Hupkens, C. L. H., Knibbe, R., i Drop, M. J. (1993). "Alcohol Consumption in the European Community: Uniformity and Diversity in Drinking Patterns." *Addiction*, 88(10): 1391-404.

Jacobsen, B. K. (1989). "Frequency of Alcohol Use and the Level of Education." *Journal of Internal Medicine*, 225: 417-242.

Jernigan, D. (2001). *Global status report: alcohol and young people*. Geneva: WHO.

Kelleher, C., Gabhainn, S. N., Friel, S., Corrigan, H., Nolan, G., Sixsmith, J., Walsh, O., i Cooke, M. (2003). *The national health & lifestyle surveys*. Galway, Ireland: Centre for Health Promotion Studies, National University of Ireland.

King, A. i col (1996). *The health of youth: a cross-national survey*. 69. Copenhagen: WHO-EURO.

Klipstein-Grobusch, K., Slimani, N., Krogh, V., Keil, U., Boeing, H., Overvad, K., Tjønneland, A., Chavel-Chapelon, F., Thiébout, A., Linseisen, J., Schulze, M. B., Lagiou, P., Kumle, M., Brustad, M., Martínez García, C., Barricarte, A., Berglund, G., Weinehall, L., Mulligan, A., Allen, N., Ferrari, P., i Riboli, E. (2002). "Trends in Self-Reported Past Alcoholic Beverage Consumption and Ethanol Intake From 1950 to 1995 Observed in Eight European Countries Participating in the European Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC)." *Public Health Nutrition*, 5(6B): 1297-310.

Kloep, M., Hendry, L. B., Ingebrigtsen, J. E., Glendinning, A., i Espnes, G. A. (2001). "Young People in 'Drinking' Societies? Norwegian, Scottish and Swedish Adolescents' Perceptions of Alcohol Use." *Health Education Research*, 16(3): 279-91.

Knibbe, R., Drop, M. J., i Hupkens, C. L. H. (1996). "Modernisation and Geographical Diffusion and Explanation for Regional Differences in the Consumption of Wine and Beer in the EC." *Substance Use and Misuse*, 31(11&12): 1639-55.

Knopfer, G. (1989). "The Prevalence in Various Social Groups of Eight Different Drinking Patterns, From Abstaining to Frequent Drunkenness: Analysis of 10 US Surveys Combined." *British Journal of Addiction*, 84(11): 1305-18.

Koroleva, I. (2005). "Alcohol Consumption and Problems in Latvia: Survey Results on Alcohol Use." *Presentation at Alcohol - use, harms and policy. A research-based Nordic-Baltic seminar*, Riga, October 3, 2005 [conference proceeding]

Kubicka, L., Csemy, L., Duplinsky, J., i Kozeny, J. (1998). "Czech Men's Drinking in Changing Political Climates 1983-93: a Three-Wave Longitudinal Study." *Addiction*, 93: 1219-30.

Kuntsche, S., Rehm, J., i Gmel, G. (2004). "Characteristics of Binge Drinkers in Europe." *Social Science and Medicine*, 59: 113-27.

Larson, R. W., Wilson, S., i Mortimer, J. T. (2002). "Conclusions: Adolescents' Preparation for the Future." *Journal of Research on Adolescence*, 12(1): 159-66.

Law, M. R. i Whincup, P. H. (1998). "Why Is Mortality Higher in Poorer Areas and in More Northern Areas of England and Wales?" *Journal Of Epidemiology and Community Health*, 52: 344-52.

Ledoux, S., Miller, P., Choquet, M., i Plant, Martin (2002). "Family Structure, Parent-Child Relationships, and Alcohol and Other Drug Use Among Teenagers in France and the United Kingdom." *Alcohol and Alcoholism*, 37(1): 52-60.

Leifman, H. (2001a). "Estimations of Unrecorded Alcohol Consumption Levels and Trends in 14 European Countries." *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift (Nordic Studies on Alcohol and Drugs)*, 18(English Supplement): 54-70.

Leifman, H. (2001b). "Homogenisation in Alcohol Consumption in the European Union." *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift (Nordic Studies on Alcohol and Drugs)*, 18(English Supplement): 15.

Leifman, H. (2002). "A Comparative Analysis of Drinking Patterns in 6 EU Countries in the Year 2000." *Contemporary Drug Problems*, 29: 501-48.

Lemmens, P. (1995). "Individual Risk and Population Distribution of Consumption." Pp.38-61 in *Alcohol and public policy: evidence and issues*, Edited by H. D. Holder and G. Edwards. Oxford: Oxford University Press.

Leppänen, K., Sullström, R., i Suoniemi, I. (2001). "Effects of Economic Factors on Alcohol Consumption in 14 European Countries." *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift (Nordic Studies on Alcohol and Drugs)*, 18(English Supplement): 100.

Lindgren, A. (1973). "Some Results From an International Series of Drinking Surveys." *The Drinking and Drug Practices Surveyor*, 8: 34-47.

Lundborg, P. (2002). "Young People and Alcohol: an Econometric Analysis." *Addiction*, 97: 1573-82.

Mackenbach, J. P., Cavelaars, A. E. J. M., Kunst, A. E., Groenhouf, F., i EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health (2000). "Socioeconomic Inequalities in Cardiovascular Disease Mortality: An International Study." *European Heart Journal*, 21: 1141-51.

Marmot, M. (1997). "Inequality, Deprivation and Alcohol Use." *Addiction*, 92(Supplement 1): S13-S20.

Mäkelä, Pia., Fonager, K., Hibell, B., Nordlund, S., Sabroe, S., i Simpura, J. (1999). *Drinking habits in the Nordic countries*. Oslo: National Institute for Alcohol and Drug Research.

Mäkelä, Pia., Fonager, K., Hibell, B., Nordlund, S., Sabroe, S., i Simpura, J. (2001). "Episodic Heavy Drinking in Four Nordic Countries: a Comparative Survey Study." *Addiction*, 96: 1575-89.

Mäkelä, Pia., Gmel, G., Grittner, U., Kuendig, H., Kuntsche, S., Bloomfield, K. i Room, R. (2005). "Drinking and Gender Differences in Drinking in Europe: a Comparison of Drinking Patterns in European Countries." Pp.49-72 in *Gender, Culture and Alcohol Problems: A Multi-national Study*. Project Final Report, Edited by K. Bloomfield, S. Ahlström, A. Allamani, F. Beck, K. Helmersson Bergmark, L. Csemy, I. Eisenbach-Stangl, Z. Elekes, G. Gmel, F. Kerr-Correa, R. Knibbe, Pia. Mäkelä, M. Monteiro, M. Medina Mora, S. Nordlund, I. Obot, M. Plant, G. Rahav, and R. Mendoza. Berlin: Charite Campus Benjamin Franklin.

McKee, M., Pomerleau, J., Robertson, A., Pudule, I., Grinberga, D., Kadziauskiene, K., Abaravicius, A., i Vaask, S. (2000). "Alcohol Consumption in the Baltic Republics." *Journal Of Epidemiology and Community Health*, 54(5): 361-66.
http://jech.bmjournals.com/cgi/content/abstract/54/5/361?ijkey=2a1a904d4edcea59c1db69c40ca91ccee3012533&keytype2=tf_ipsecsha

Measham, F. (2004). "The Decline of Ecstasy, the Rise of 'Binge' Drinking and the Persistence of Pleasure." *Probation Journal*, 51(4): 309-26.

Midanik, L. T. i Clark, W. C. (1995). "Drinking-Related Problems in the United States: Description and Trends, 1984-1990." *Journal of Studies on Alcohol*, 56(4): 395-402.

Milgram, G. G. (2001). "Alcohol Influences: the Role of Family and Peers." Pp.85-108 in *Learning about drinking*, Edited by E. Houghton and A. M. Roche. Philadelphia, PA: Taylor and Francis.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2005). *Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias 2004* [National survey on drug use in secondary schools in 2004]. <http://www.msc.es/pnd/observa/pdf/escolar2004.pdf>

Ministero della Salute (2003). *Relazione del ministro della salute al parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 N125: "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcoholcorrelati"* [Report of the Minister of Health to Parliament on the effect of the law of 30.3.2001 N125: "Law on alcohol and alcohol-related problems"]. <http://progetti.iss.it/binary/ofad/cont/0011.1103623005.pdf>

Mosher, J. F. i Johnsson, D. (2005). "Flavored Alcoholic Beverages: An International Marketing Campaign That Targets Youth." *Journal of Public Health Policy*, 26: 326-42. <http://www.palgrave-journals.com/jphp/journal/v26/n3/index.html>

Nash, S. D., McQueen, A., i Bray, J. H. (2005). "Pathways to Adolescent Alcohol Use: Family Environment, Peer Influence, and Parental Expectations." *Journal of Adolescent Health*, 37: 19-28.

Neumark, Y. D., Rahav, G., i Jaffe, D. H. (2003). "Socio-Economic Status and Binge Drinking in Israel." *Drug and Alcohol Dependence*, 69(1): 15-21.

Neve, R., Drop, M. J., Lemmens, P., i Swinkels, H. (1996). "Gender Differences in Drinking Behaviour in the Netherlands: Convergence or Stability?" *Addiction*, 91(3): 357-73.

Newburn, T. i Shiner, M. (2001). *Teenage Kicks? Young People and Alcohol: a review of the literature*. York: Joseph Rowntree Foundation.

Norström, T. i Romelsjö, A. (1998). "Social Class, Drinking and Alcohol-Related Mortality." *Journal of Substance Abuse*, 10(4): 385-95.

Olds, R. S., Thombs, D. L., i Tomasek, J. R. (2005). "Relations Between Normative Beliefs and Initiation Intentions Toward Cigarette, Alcohol and Marijuana." *Journal of Adolescent Health*, 37: 75.e7-75.e13.

OMS (2004). *Global status report on alcohol 2004*. Geneva: Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization.

Osservatorio Permanente Giovani ed Alcool (2001). *Italians and alcohol: consumption, trend and attitudes in Italy and in the regions* (IV National DOXA National Survey). http://ec.europa.eu/comm/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/ev_20050120_co021_en.pdf

Péquignot, G., Crosignani, P., Terracini, B., Asunce, N., Zubiri, A., Raymond, L., Estève, J., i Tuyns, A. J. (1988). "A Comparative Study of Smoking, Drinking and Dietary Habits in Population Samples in France, Italy, Spain and Switzerland: III. Consumption of Alcohol." *Revue D'Epidémiologie Et De Santé Publique*, 36: 177-85.

Poelen, E. A. P., Scholte, R. H. J., Engels, R. C. M. E., Boomsma, D. I., i Willemsen, G. (2005). "Prevalence and Trends of Alcohol Use and Misuse Among Adolescents and Young Adults in the Netherlands From 1993 to 2000." *Drug and Alcohol Dependence*, 79: 413-21.

Pyörälä (1989). "Trends in Alcohol Consumption in Spain, Portugal, France and Italy From the 1950s Until the 1980s." *British Journal of Addiction*, 85(4): 469-77.

Pyörälä, E. (1995). "Comparing Drinking Cultures: Finnish and Spanish Drinking Stories in Interviews With Young Adults." *Acta Sociologica*, 38: 217-29.

Ramstedt, M. i Hope, A. (2003). *The Irish drinking habits of 2002: Drinking and drinking-related harm, a European comparison*. Dublin: Department of Health and Children.

Rehm, J., Monteiro, M., Room, R., Gmel, G., Jernigan, D., Frick, U., i Graham, K. (2001). "Steps Towards Constructing a Global Comparative Risk Analysis for Alcohol Consumption: Determining

Indicators and Empirical Weights for Patterns of Drinking, Deciding About Theoretical Minimum, and Dealing With Different Consequences." *European Addiction Research*, 7(3): 138-47. <http://content.karger.com/ProdukteDB/produkte.asp?Aktion=ShowPDF&ProduktNr=224233&Ausgabe=227135&ArtikelNr=50734&filename=50734.pdf>

Rehm, J., Rehn, N., Room, R., Monteiro, M., Gmel, G., Jernigan, D., i Frick, U. (2003). "Global Distribution of Average Volume of Alcohol Consumption and Patterns of Drinking." *European Addiction Research*, 9(4): 147-56.

Rehm, J., Room, R., Monteiro, M., Gmel, G., Graham, K., Rehn, N., Sempos, C. T., Frick, U. i Jernigan, D. (2004). "Alcohol." Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease due to selected major risk factors, Edited by M. Ezzati, A. D. Lopez, A. Rodgers, and C. J. L. Murray. Geneva: WHO.

Rehm, J., Room, R., vanden Brink, W., and Jacobi, F. (In press). "Alcohol use disorders in EU countries and Norway: an overview of the epidemiology." *European Neuropsychopharmacology*.

Rehn, N., Room, R., i Edwards, G. (2001). *Alcohol in the European Region - Consumption, Harm and Policies*, Copenhagen: WHO Europe.

Rickards, L., Fox, K., Roberts, C., Fletcher, L., i Goddard, E. (2004). *Living in Britain: results from the 2002 General Household Survey*. 31. London: The Stationery Office. <http://www.statistics.gov.uk/lib2002/downloads/drinking.pdf>

Romelsjö, A. i Lundberg, M. (1996). "The Changes in the Social Class Distribution of Moderate and High Alcohol Consumption and of Alcohol-Related Disabilities Over Time in Stockholm County and in Sweden." *Addiction*, 91(9): 1307-23.

Room, R. (2004). "Drinking and Coming of Age in a Cross-Cultural Perspective." *Reducing underage drinking: a collective responsibility*, Edited by R. J. Bonnie and M. E. O'Connell. Washington D.C.: National Academies Press [Committee on Developing a Strategy to Reduce and Prevent Underage Drinking, Board on Children, Youth, and Families, National Research Council, Institute of Medicine of the National Academies].

Room, R. (2005). "Understanding Cultural Differences in Young People's Drinking." Prepared for presentation at a conference, "Wet youth cultures", Copenhagen, 29-30 August, 2005 [conference proceeding]

Room, R. i Mäkelä, Klaus (2000). "Typologies of the Cultural Position of Drinking." *Journal of Studies on Alcohol*, 61(3): 475-83.

Schmid, H., ter Bogt, T., Godeau, E., Hublet, A., Dias, S. F., i Fotiou, A. (2003). "Drunkenness Among Young People: a Cross-National Comparison." *Journal of Studies on Alcohol*, 64(5): 650-661.

Schnohr, C., Højbjerg, L., Riegels, M., Ledet, L., Larsen, T., Schultz-Larsen, K., Petersen, L., Prescott, E., i Grønbaek, M. (2004). "Does Educational Level Influence the Effects of Smoking, Alcohol, Physical Activity, and Obesity on Mortality? A Prospective Population Study." *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(4): 250-256. <http://www.ingentaconnect.com/content/tandf/spub/2004/00000032/00000004/art00003>

Sieri, S., Agudo, A., Kesse, E., Klipstein-Grobusch, K., San-Jose, B., Welch, A. A., Krogh, V., Luben, R., Allen, N., Overvad, K., Tjønneland, A., Clavel-Chapelon, F., Thiebaut, A., Miller, A. B., Boeing, H., Kolyva, M., Saieva, C., Celentano, E., Ocke, M. C., Peeters, P. H., Brustad, M., Kumle, M., Dorronsoro, M., Fernandez Feito, A., Mattisson, I., Weinehall, L., Riboli, E., i Slimani, N. (2002). "Patterns of Alcohol Consumption in 10 European Countries Participating in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) Project." *Public Health Nutrition*, 5(6B): 1287-96.

Simpura, J. (1995). "Trends in Alcohol Consumption and Drinking Patterns: Lessons From World-Wide Development." Pp.8-37 in *Alcohol and public policy: evidence and issues*, Edited by H. D. Holder and G. Edwards. Oxford: Oxford University Press.

Simpura, J. (1996). "Trends in Alcohol Consumption in the EU Countries." *Alcohol misuse: a European perspective*, Edited by T. J. Peters. Harwood Academic Publisher.

Simpura, J. (1997). "Alcohol and European Transformation." *Addiction*, 92(S1): S33-S41.

Simpura, J. (1998). "Mediterranean Mysteries: Mechanisms of Declining Alcohol Consumption [Editorial]." *Addiction*, 93(9): 1301-4.

Simpura, J. i Karlsson, T. (2001). "Trends in Drinking Patterns Among Adult Population in 15 European Countries, 1950 to 2000: a Review." *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift (Nordic Studies on Alcohol and Drugs)*, 18(English Supplement): 31.

Simpura, J., Karlsson, T. i Leppänen, K. (2001). "European Trends in Drinking Patterns and Their Socioeconomic Background." *Alcohol in postwar Europe: Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries*, Edited by T. Norström. Stockholm: National Institute of Public Health, European Commission.

Simpura, J., Tigerstedt, C., Hanhinen, S., Lagerspetz, M., Leifman, H., Moskalewicz, J., i Torronen, J. (1999). "Alcohol Misuse As a Health and Social Issue in the Baltic Sea Region: A Summary of Findings From the Baltica Study." *Alcohol and Alcoholism*, 34(6): 805-23.

Single, E., Beaubrun, M., Mauffret, M., Minoletti, A., Moskalewicz, J., Moukolo, A., Plange, N. K., Saxena, S., Stockwell, T., Sulkunen, P., Suwaki, H., Hoshigoe, K., i Weiss, S. (1997). "Public Drinking, Problems and Prevention Measures in Twelve Countries: Results of the WHO Project on Public Drinking." *Contemporary Drug Problems*, 24: 425-48.

Sulkunen, P. (1987). "Abstinence." *Finnish drinking habits: results from interview surveys held in 1968, 1976 and 1984*, Edited by J. Simpura. Helsinki, Finland: The Finnish Foundation for Alcohol Studies.

Sulkunen, P. (1989). "Drinking in France 1965-1979. An Analysis of Household Consumption Data." *British Journal of Addiction*, 84(1): 61-72.

Temple, M. T., Fillmore, K. M., Hartka, E., Johnstone, B. M., Leino, E. V., i Motoyoshi, M. (1991). "A Meta-Analysis of Change in Marital and Employment Status As Predictors of Alcohol Consumption on a Typical Occasion." *British Journal of Addiction*, 86(10): 1269-81.

Thundal, K-L. i Allebeck, P. (1998). "Abuse of and Dependence on Alcohol in Swedish Women: Role of Education, Occupation and Family Structure." *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33: 445-50.

Trolldall, B. (2001). "Alcohol Sales Figures in 15 European Countries: Corrected for Consumption Abroad and Tax-Free Purchases." *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift* (Nordic Studies on Alcohol and Drugs), 18(English Supplement): 71-81.

UN Department of Social Affairs (2005). *World Youth Report 2005: Today and in 2015. Heavy episodic drinking and sensation seeking in adolescents as predictors of harmful driving and celebrating behaviors: implications for prevention.*

van Beurden, E., Zask, A., Brooks, L., i Dight, R. (2005). "Heavy Episodic Drinking and Sensation Seeking in Adolescents As Predictors of Harmful Driving and Celebrating Behaviors: Implications for Prevention." *Journal of Adolescent Health*, 37: 37-42.

Wilsnack, R. W., Vogeltanz, N. D., i Wilsnack, S. C. (2000). "Gender Differences in Alcohol Consumption and Adverse Drinking Consequences: Cross-Cultural Patterns." *Addiction*, 95(2): 251-65.

Wright, L. (1999). *Young people and alcohol: what 11- to 24-year-olds know, think and do.* London: Health Education Authority.

Yarnell, J., Yu, S., Arveiler, D., Haas, B., Dallongeville, J., Montaye, M., Amouyel, P., Ferrières, J., Ruidavets, J.-B., Evans, A., Bingham, A., i Ducimetière, P. (2005). "Education, Socioeconomic and Lifestyle Factors, and Risk of Coronary Heart Disease: the PRIME Study." *International Journal of Epidemiology*, 34(2): 268-75.

5 L'alcohol i les persones

Malgrat que el consum de begudes alcohòliques proporciona diversos plaers —la majoria de persones enquestades consideren que el consum d'alcohol comporta més conseqüències positives que negatives—, aquesta substància també incrementa el risc de patir un ampli ventall de danys socials, generalment de manera paral·lela a la dosi, és a dir, que com més alcohol es consumeix, més alt és el risc. Els danys causats pel consum d'alcohol de tercers poden incloure des de molèsties veïnals, com l'alteració del descans nocturn, fins a conseqüències més greus, com la violència domèstica, el maltractament infantil, la delinqüència, la violència i l'homicidi. Normalment, com més elevat és el nivell de consum alcohòlic, més greu és el delictes o el greuge. El volum d'alcohol ingerit, la freqüència de consum i la freqüència i el volum dels episodis de consum intensiu augmenten, de manera independent, el risc de participar en actes violents. Tot sovint, però no sempre, els episodis de consum intensiu influeixen en l'impacte del volum de consum sobre el dany.

A part de ser una droga addictiva, l'alcohol és la causa de més de 60 tipus diferents de malalties i afeccions, com lesions, trastorns mentals i conductuals, afeccions gastrointestinals, càncers, malalties cardiovasculars, trastorns immunològics i malalties pulmonars, òssies i musculars, trastorns reproductius i danys prenatals, inclòs un risc més elevat de part prematur i baix pes en néixer. Per a la majoria d'afeccions, el risc augmenta amb el consum d'alcohol, de manera paral·lela a la dosi. És a dir, que com més alcohol es consumeix, més elevat és el risc. Però, en alguns casos, com la cardiomiopatia, la síndrome del destret respiratori agut i les lesions musculars, l'alcohol només comporta danys si el consum és elevat i continuat, i fins i tot si es tracta d'un nivell de consum alt, el risc i la gravetat d'aquestes afeccions augmenta de manera paral·lela a la dosi. A més, la freqüència i el volum dels episodis de consum intensiu són factors especialment rellevants pel que fa al risc de patir lesions i determinades malalties cardiovasculars, com malalties cardíques coronàries i apoplexies.

D'altra banda, el consum de petites dosis d'alcohol redueix el risc de patir cardiopaties, tot i que la relació exacta entre la reducció del risc i el nivell de consum d'alcohol que permet reduir al màxim aquest risc encara no s'ha determinat. Segons els estudis de més qualitat i que tenen en compte altres factors d'influència, la reducció del risc és menys important i el menor nivell de risc s'aconsegueix amb el nivell de consum alcohòlic més baix. La major part de la reducció del risc es pot aconseguir ingerint una mitjana de 10 g d'alcohol (una beguda alcohòlica) cada dos dies. Si se superen els 20 g d'alcohol (dues begudes alcohòliques) al dia —el nivell de consum de baix risc—, el risc de patir malalties cardíques coronàries augmenta. Per a les persones d'edat molt avançada, la reducció del risc és menys important. Sembla ser que l'alcohol és la substància que redueix el risc de patir cardiopaties, independentment de la classe de beguda de què es tracti. A més, hi ha dades que demostren que el consum d'alcohol en petites dosis pot reduir el risc de patir demència d'origen vascular, càlculs biliars i diabetis, tot i que aquestes conclusions no són consistents en tots els estudis.

El risc de mort per consum d'alcohol es troba a mig camí entre el risc de patir malalties i lesions, que augmenta amb el consum d'alcohol, i el risc de patir cardiopaties (que, majoritàriament, solen patir les persones d'edat avançada), que disminueix amb el consum de petites quantitats d'alcohol. Aquesta relació demostra que, almenys al Regne Unit, el nivell de consum

que comporta un risc menor de mort és zero o prop de zero en el cas de dones de menys de 65 anys, i menys de 5 g d'alcohol diaris per a les dones de 65 anys o més. En el cas dels homes, el nivell de consum d'alcohol amb el menor risc de mort és zero per als homes de menys de 35 anys, uns 5 g diaris per als homes de mitjana edat, i menys de 10 g diaris per als homes de 65 anys o més (segurament, el nivell amb menor risc torna a ser zero en el cas dels homes d'edat molt avançada).

Reduir el consum o abstenir-se de consumir alcohol beneficia la salut dels bevedors amb consum de risc i, fins i tot en casos de malalties cròniques, com la cirrosi hepàtica o la depressió, s'associa amb una millora ràpida de la salut.

Introducció

L'estudi d'avaluació comparativa dels riscos de l'Organització Mundial de la Salut descriu la relació entre el consum alcohòlic i les seves conseqüències sociosanitàries com quelcom complex i multidimensional, tal com s'aprecia a la figura 5.1 (Rehm [et al.], 2004). L'alcohol pot afectar la salut mitjançant tres variables intermèdies i interrelacionades: els efectes bioquímics directes, la intoxicació i els episodis de consum intensiu, a més de la dependència.

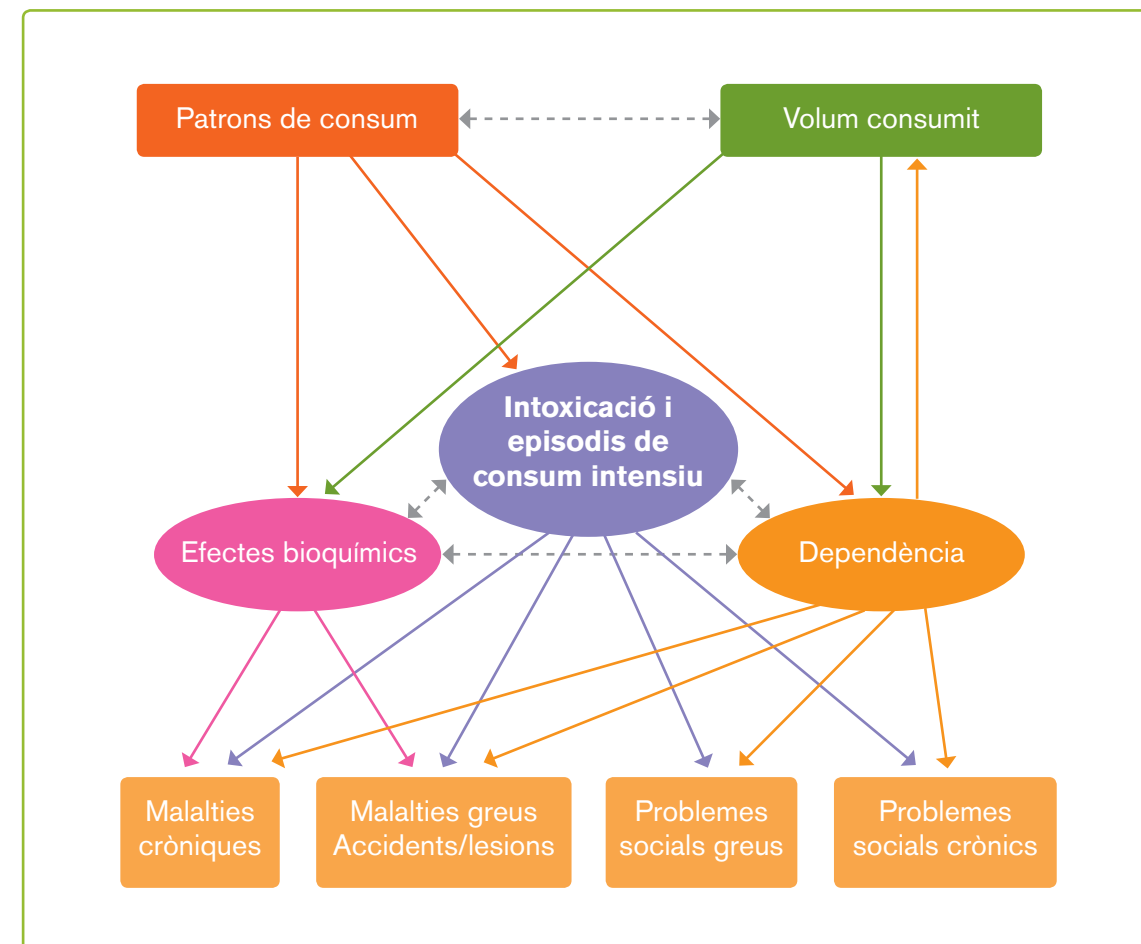


Figura 5.1: Relació entre el consum alcohòlic, les variables intermèdies i els problemes relacionats amb l'alcohol.
Font (modificada): Rehm [et al.], 2004.

Els **efectes bioquímics** directes de l'alcohol poden influir positivament o negativa en diverses malalties de curta i llarga duració. Els efectes beneficiosos del consum d'alcohol inclouen la reducció del risc de patir malalties cardíaques coronàries gràcies, per exemple, a l'augment del nivell de colesterol de la lipoproteïna de densitat alta (Klatsky, 1999). Els efectes perjudicials de l'alcohol inclouen l'augment del risc de patir cirrosi hepàtica atès que, quan l'organisme metabolitza l'alcohol, es produeixen radicals lliures centrats en carboni (Albano i Clot, 1996).

La **intoxicació** és un estat de discapacitat psicològica i psicomotriu funcional induït per la presència d'alcohol a l'organisme (Organització Mundial de la Salut, 1992) que està relacionat amb la dosi consumida (Eckardt [et al.], 1998) i afecta diverses funcions corporals. La intoxicació pot comportar lesions inintencionades, a més de tenir conseqüències socials tant a curt (violència, delinqüència) com a llarg termini (per exemple, si una persona intoxicada provoca intencionadament lesions a una altra persona, pot ser condemnada a una pena de presó). Els episodis de consum intensiu d'alcohol són una de les causes d'un gran nombre d'afeccions greus amb conseqüències cròniques a curt i a llarg termini, incloses les arítmies cardíques i les apoplexies.

La **dependència de l'alcohol** és una afecció per si mateixa que es pot definir com un conjunt de fenòmens psicològics, conductuals i cognitius en els quals el consum d'alcohol assumeix una prioritat molt més elevada que d'altres comportaments que en el passat tenien més importància (Organització Mundial de la Salut, 1992). La dependència de l'alcohol és un mecanisme poderós que prolonga el consum d'alcohol i afecta el seu impacte tant en les malalties a curt i a llarg termini com en els danys socials que se'n deriven.

El mesurament del consum d'alcohol i l'epidemiologia del risc

En la majoria d'estudis sobre la relació existent entre el consum alcohòlic i el risc, el consum d'alcohol s'acostuma a mesurar a partir de les dades de consum fornides pel mateix consumidor. Aquesta pràctica pot generar diversos problemes, atès que la valoració personal del consum d'alcohol implica errors de classificació aleatoris i no aleatoris (Duffy, 1992). A tall d'exemple, hi ha la possibilitat que el consumidor indiqui que ha consumit una quantitat d'alcohol més petita que la que realment ha consumit i això faci que el nivell de risc associat a una quantitat concreta de consum alcohòlic en realitat correspongui a una quantitat més gran, i per consegüent, les corbes de risc traçades siguin massa dretes. No obstant això, aquesta imprecisió pot quedar compensada pel fet que els estudis acostumen a mesurar el consum en un sol moment de la vida del consumidor (Grønbaek [et al.], 2004). Habitualment, el consum alcohòlic disminueix amb l'edat, la qual cosa significa que, en aquest cas, el nivell de risc correspondrà a una quantitat més petita d'alcohol consumit i, per tant, les corbes de risc seran massa planes. Aquesta situació s'ha produït a l'estudi de diverses conseqüències del consum d'alcohol en bevedors amb consum de risc habituals (afectats de malalties coronàries, apoplexies o moribunds), en què es va concloure que corrien un risc molt més elevat si aquest risc s'avaluava a partir del consum mitjà d'alcohol durant un període de 20 anys que si s'avaluava a partir del seu nivell de consum a l'inici del període esmentat (Embersson [et al.], 2005) (vegeu la figura 5.8 més endavant). Malauradament, els marcadors biològics de l'alcohol disponibles actualment encara no són capaços d'indicar de manera fiable el consum al llarg de la vida (Swift, 2003). A més, a l'hora d'estimar el veritable risc, també cal

tenir en compte el període de duració del seguiment. A l'Estudi de cardiologia de la ciutat de Copenhaguen (Copenhaguen City Heart Study) s'ha trobat que, si es fa un seguiment prolongat de l'individu, l'efecte protector aparent del consum baix envers les malalties cardíaques coronàries és molt menys rellevant, mentre que el consum elevat d'alcohol està relacionat amb un augment del risc de patir càncer (Nielsen [et al.], 2005).

Patrons de consum

Cada cop és més gran el nombre d'estudis epidemiològics que tenen en compte els patrons de consum, els quals inclouen tots els aspectes del consum alcohòlic no compresos en el terme *volum de consum d'alcohol* (Rehm [et al.], 1996). Entre aquests aspectes hi ha les variacions temporals en el consum d'alcohol, les ocasions de consum elevat, els entorns de consum, les activitats o les circumstàncies que s'associen al consum d'alcohol, i els tipus de beguda que es consumeixen (vegeu també el capítol 4). Habitualment, la magnitud de relació entre l'alcohol i la malaltia ha estat el volum de consum alcohòlic, que actua sobre l'individu mitjançant efectes bioquímics directes o bé mitjançant la dependència de l'alcohol fins a produir conseqüències a llarg termini. Tot i així, el mateix volum total d'alcohol es pot consumir en petites quantitats de manera regular o bé en grans quantitats en poques ocasions. Pel que sembla, tant el volum com els patrons de consum generen riscos independents per a determinades afeccions i, en alguns casos, els patrons de consum fins i tot influeixen en l'impacte del volum de consum sobre el dany. Tal com queda patent al llarg d'aquest capítol, els patrons de consum d'alcohol són importants no només per a certes conseqüències greus per a la salut, com les lesions (Greenfield, 2001; Rossow [et al.], 2001), sinó també per a determinades malalties cròniques, com les malalties cardíaques coronàries (Britton i McKee, 2000; Chadwick i Goode, 1998; Puddey [et al.], 1999; Trevisan [et al.], 2001a i 2001b).

Tanmateix, això no significa que, si es tenen en compte els episodis de consum intensiu, el volum de consum d'alcohol deixi de tenir importància (Rehm [et al.], 2003), sinó que més aviat sembla que els patrons de consum d'alcohol, inclosos els episodis de consum intensiu, modifiquen, en lloc d'explicar, els efectes de l'alcohol sobre la salut. Aquest fenomen queda il·lustrat a la perfecció en un estudi sobre les agressions relacionades amb l'alcohol patides per joves nord-americans d'ambdós gèneres (d'entre 17 i 21 anys), als quals es va preguntar amb quina freqüència s'«havia discutit o havia participat en una baralla» mentre consumien alcohol o després de consumir-ne en els darrers 12 mesos, i se'ls va sol·licitar que indiquessin la freqüència amb què consumien alcohol, el volum d'alcohol que consumien i el nombre d'episodis de consum intensiu, entès com el nombre de dies en què havien pres cinc begudes alcohòliques o més durant els 30 dies anteriors (Wells [et al.], 2005). No hi ha cap dubte que la freqüència de consum, el volum de consum alcohòlic i els episodis de consum intensiu estan relacionats. Si augmenten els episodis de consum intensiu d'alcohol, també ho fan la freqüència de consum i el volum total d'alcohol consumit. Segons aquest estudi, cadascuna d'aquestes tres variables (la freqüència de consum, el volum de consum alcohòlic i els episodis de consum intensiu) està relacionada de manera independent amb l'augment del risc de participar en baralles després de consumir alcohol. A més, si s'analitzen les tres variables juntes examinant les interaccions que es produeixen entre elles per tal d'esbrinar quina és més important, s'observa que les dades de freqüència de consum i volum de consum confonen la relació entre les agressions i els episodis de consum intensiu. En altres paraules, que bona part de la relació independent entre els episodis de consum

intensiu i les agressions es deu a la freqüència i el volum de consum. A més, si es consideren les tres variables conjuntament, l'única que continua essent estadísticament significativa en relació amb les agressions és la freqüència de consum. Així doncs, podem afirmar que, tot i que el volum i els patrons de consum d'alcohol tenen la seva importància (Room, 2005), no sempre s'estableix una relació simple entre els danys provocats pel consum d'alcohol i els episodis de consum intensiu.

Causalitat i atribució

L'estudi d'avaluació comparativa dels riscos de l'Organització Mundial de la Salut emfatitza que, a l'hora d'establir relacions de causalitat i atribució, cal haver dut a terme mesuraments de les conseqüències i trobat relacions causals fiables (Rehm [et al.], 2004). Es considera que hi ha prou evidències de l'existència de causalitat respecte a una conseqüència quan l'evidència demostra que hi ha una relació (positiva o negativa) entre el consum d'alcohol i la malaltia o la lesió, i es pugui descartar, amb una certesa raonable, que l'atzar, les variables de confusió i altres biaixos són factors d'aquesta relació. A l'hora d'establir relacions de causalitat en l'àmbit de l'epidemiologia (Hill, 1965; Rothman i Greenland, 1998) s'acostumen a destacar els quatre criteris següents:

- 1 Repetició en diversos estudis.
- 2 Existència demostrada d'evidències bioquímiques experimentals de mediació en processos o, com a mínim, plausibilitat des del punt de vista fisiològic.
- 3 Força de l'associació (mida de l'efecte).
- 4 Temporalitat (causa abans de l'efecte).

A la publicació *Alcohol: no ordinary commodity*, es destaca que les conseqüències sanitàries i socials del consum d'alcohol tenen, en diversos graus, un component objectiu i un component que depèn de la definició social (Babor [et al.], 2003). Fins i tot en un extrem del continu, com la mort, la qual es pot mesurar de manera objectiva i fiable, les pràctiques de registre i codificació sovint varien d'un país a l'altre (Ramstedt, 2002). A més, hi ha la possibilitat que les persones encarregades de certificar una defunció no identifiquin la influència de l'alcohol o bé no en facin esment per tal de protegir la reputació del difunt. Segons un estudi sobre el registre de defuncions dut a terme a 12 ciutats de 10 països diferents, si a la informació dels certificats de defunció s'ajunten dades provinents dels registres hospitalaris i d'entrevistes fetes amb els metges i els familiars del difunt, el nombre net de morts pertanyents a la categoria *cirrosi hepàtica relacionada amb la dependència de l'alcohol* augmenta un 135%, tenint en compte que la majoria d'aquests casos reclassificats havien estat enquadrats, en un principi, a la categoria *cirrosi hepàtica no relacionada amb l'alcohol* (Puffer i Griffith, 1967). De manera semblant, al Canadà s'ha estimat que el 65% de les morts per cirrosi hepàtica no alcohòlica registrades en realitat estan relacionades amb el consum d'alcohol (Ramstedt, 2003).

El component social té un paper encara més important en el cas dels problemes de salut que no tenen com a conseqüència la mort (Room [et al.], 2001). Tot i que, ja fa temps que

es disposa d'estadístiques per causes de mort comparables a escala mundial (Organització Mundial de la Salut, 1992), no hi ha dades sobre invalideses comparables d'un país a l'altre (Goerdts [et al.], 1996; Rehm i Gmel, 2000; Organització Mundial de la Salut, 2001), la qual cosa pot dificultar l'atribució global de causes, atès que l'alcohol està més relacionat amb la invalidesa que no pas amb la mortalitat (Murray i Lopez, 1996). Pel que fa als problemes socials, la seva naturalesa fa que el component social de la dependència de l'alcohol sigui un factor encara més important que en la resta. A més d'això, la visió predominant en una societat respecte a certes qüestions socials va variant al llarg del temps, per la qual cosa des del punt de vista científic s'ha aconseguit entendre molt millor l'efecte de l'alcohol com a factor causal de malalties que la relació causal entre l'alcohol i els danys socials.

En general, l'efecte causal de l'alcohol amb relació als danys socials i per a la salut sol ser contributiu, si bé només és un dels factors responsables de l'aparició d'aquests problemes. En el cas dels problemes sanitaris, les definicions epidemiològiques destaquen no només les relacions constants, sinó també els mecanismes biològics (Rothman i Greenland, 1998). D'aquesta manera, malgrat la relació constant entre l'alcohol i el càncer de pulmó, que s'ha identificat en un gran nombre d'estudis epidemiològics, fins i tot un cop aplicat l'ajust corresponent a l'hàbit tabàquic (English [et al.], 1995; Prescott [et al.], 1999; Freudenheim [et al.], 2005), no s'acostuma a considerar el càncer de pulmó com una malaltia atribuïble a l'alcohol perquè encara no s'ha trobat cap mecanisme biològic que ho demostrï, a banda del fet que és possible que l'índex de càncer de pulmó en persones que consumeixen alcohol sigui més elevat a causa de l'hàbit tabàquic (Bandera [et al.], 2001).

La causalitat de la relació entre el consum d'alcohol i els danys socials no es pot determinar segons la plausibilitat dels possibles mecanismes biològics, però això sí que sol passar amb la causalitat de la relació entre l'alcohol i els problemes de salut. Una excepció d'aquesta norma és el comportament agressiu, per al qual s'han identificat mecanismes biològics, a més de factors mediadors no biològics, que permeten establir si els episodis de violència es produeixen en ocasions de consum d'alcohol determinades (vegeu més endavant). Diverses investigacions de caire epidemiològic (Collins i Schlenger, 1988; Wiley i Weisner, 1995) i experimental (Bushman i Cooper, 1990; Bushman, 1997), a més d'alguns estudis que indiquen específicament els mecanismes biològics que relacionen l'alcohol i el comportament agressiu (Peterson [et al.], 1990; Pihl [et al.], 1993; Sayette [et al.], 1993), corroboren l'existència d'una relació causal entre la intoxicació etílica i les agressions.

L'alcohol i el benestar social

L'alcohol i el plaer social

El consum d'alcohol comporta una sèrie de plaers (Peele i Grant, 1999; Peele i Brodsky, 2000). Possiblement, la idea que un consum baix d'alcohol és beneficiós per a la salut és tan antiga com la mateixa història de l'alcohol (Thom, 2001) i forma part de la saviesa popular (Cherrington, 1925), tal com s'esmenta al capítol 2. Als estudis de poblacions generals en què es pregunta als participants quines són les seves expectatives respecte als efectes de l'alcohol, les respostes solen fer referència a sensacions i experiències positives, en lloc de negatives (per exemple, bon gust, relaxació, sociabilitat i la salut subjectiva) (Grønbaek

[et al.], 1999; Poikolainen i Vartiainen, 1999; Heath, 2000; Guallar-Castillon [et al.], 2001) i no s'acostumen a esmentar els danys que provoca (Mäkelä i Mustonen, 1988; Mäkelä i Simpura, 1985; Nyström, 1992).

L'alcohol forma part de la vida social quotidiana, i condiciona esdeveniments com els naixements, els casaments i els decessos, a més d'assenyalar la transició del treball a l'oci i facilitar les relacions socials (vegeu el capítol 2). En les diverses èpoques i cultures, l'alcohol és un dels mitjans que, habitualment, permet als amics i els companys gaudir més de la companyia i, en general, divertir-se (Heath, 1995).

Els beneficis de l'alcohol per a les persones que en consumeixen als esdeveniments socials estan molt influenciats per la cultura a la qual pertanyen, l'entorn on es consumeix l'alcohol i les expectatives que tenen pel que fa als seus efectes. Les creences sobre l'alcohol estan tan arrelades que les persones es tornen més sociables quan pensen que han consumit alcohol, encara que en realitat no ho hagin fet (Darkes i Goldman, 1993). Un dels motius principals pels quals la gent consumeix alcohol és la noció que millora l'estat d'ànim a curt termini (Hull i Stone, 2004). De fet, hi ha un gran nombre d'evidències que indiquen que, entre els efectes immediats de l'alcohol, hi ha l'augment de la diversió, l'eufòria, l'alegria i, en general, l'expressió d'estats d'ànim positius, i que tots aquests sentiments s'experimenten amb més intensitat si l'alcohol es consumeix en grup que no pas si es consumeix en solitari (Pliner i Cappell, 1974) i estan molt influenciats per les expectatives (Brown [et al.], 1980; Hull [et al.], 1983). En els pocs estudis disponibles que hi ha sobre persones que consideren que el consum d'alcohol els ha dut beneficis psicològics, el nombre de beneficis que citen els enquestats està correlacionat amb la quantitat d'alcohol que consumeixen i amb la freqüència d'episodis de consum elevat (Mäkelä i Mustonen, 1988). Com és lògic, els bevedors amb consum de risc són els que fan més esment de problemes derivats del consum d'alcohol, i, en el seu cas, la proporció de beneficis respecte dels problemes tendeix a disminuir. No obstant això, les expectatives dels consumidors d'alcohol pel que fa a les conseqüències positives del consum estan relacionades amb uns nivells de consum elevats (Bot [et al.], 2005).

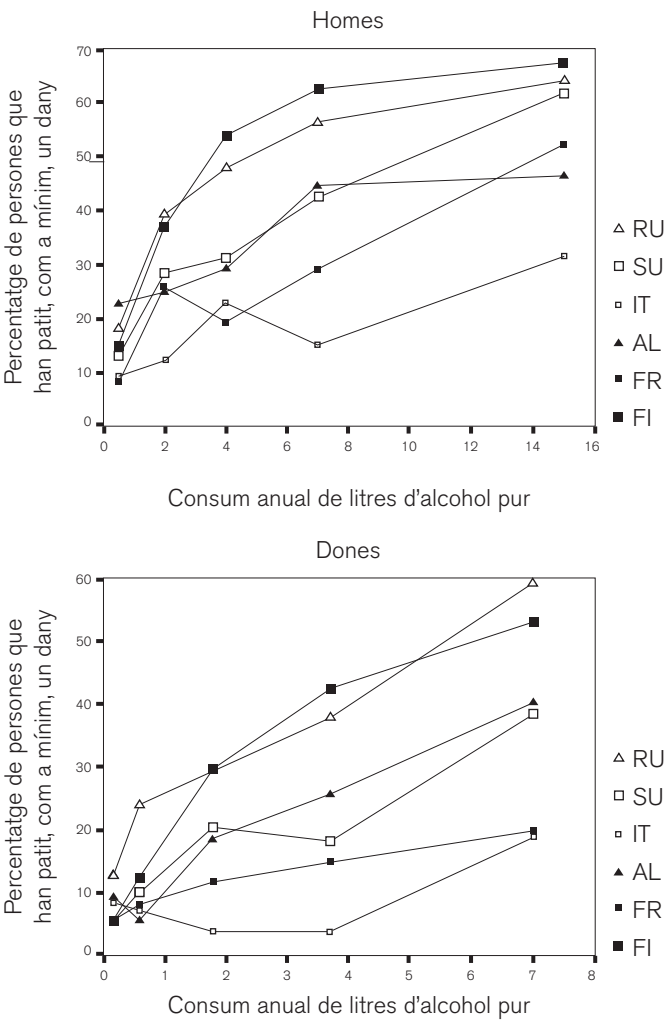
Tot i que entre els beneficis psicosocials del consum d'alcohol que més citen els enquestats hi ha la disminució de l'estrès, la millora de l'estat d'ànim, l'augment de la sociabilitat i la relaxació (Hull i Bond, 1986; Baum-Baicker, 1987), no s'ha estudiat l'efectivitat del consum d'alcohol en el tractament de malalties relacionades amb l'estrès, en comparació amb altres mitjans. Tot i així, hi ha un gran nombre d'evidències que indiquen que les persones que pateixen destret psicològic i fan servir l'alcohol per alleujar l'estrès tenen més possibilitats de desenvolupar una dependència de l'alcohol (Kessler [et al.], 1996, 1997; Book i Randall, 2002). En un any qualsevol, més d'una de cada vuit persones amb un trastorn d'ansietat també pateixen d'un trastorn del consum d'alcohol (Grant [et al.], 2004). D'altra part, també se sol considerar que l'alcohol ajuda a dormir, però, tot i que pot induir al son, també fa que aquest son sigui menys profund i que el consumidor es desperti passades unes hores i, per tant, agreuja els trastorns del son (Castaneda [et al.], 1998).

L'alcohol i els danys socials

Els danys socials derivats del consum d'alcohol de tercers són molt habituals. Per exemple, les persones que consumeixen alcohol poden alterar el descans nocturn d'altres, assetjar-les en llocs públics o festes privades, fer-los por en zones públiques, ferir-les físicament, causar-los danys materials, induir a l'abandonament infantil i impedir que la resta de persones compleixin els seus rols socials.

L'alcohol i els problemes socials que comporta

El risc de patir els problemes socials més habituals derivats del consum l'alcohol —com per exemple les baralles o els perjudicis per a la vida domèstica, el matrimoni, la vida laboral, els estudis, l'amistat o la vida social— augmenta de manera proporcional a la dosi d'alcohol consumida, si bé la pendent de la corba varia segons els països, tal com es pot observar a la figura 5.2. Segons un estudi de seguiment de vuit anys de duració dut a terme a Suïssa, el consum diari de més de 40 g d'alcohol i les ocasions de consum elevat d'alcohol setmanals (50 g o més d'alcohol per ocasió) estan relacionats, com a mínim, amb un dels sis problemes socials llistats anteriorment (Rehm i Gmel, 1999). A més, aquest estudi indica que els episodis de consum intensiu augmenten el risc d'aparició de problemes socials, independentment del volum total d'alcohol consumit.



Els danys socials produïts per tercers també són freqüents, tot i que són més habituals els que comporten conseqüències menys greus (per exemple, l'alteració del descans nocturn) que l'assetjament en llocs públics o festes privades, els insults, la por de persones embriagues en zones públiques i certs problemes més greus (com, per exemple, les lesions físiques i els danys a la propietat) (Rossow i Hauge, 2004). Els estudis indiquen que una petita part de la població sol patir diversos danys repetidament. En aquest sentit, els col·lectius amb més possibilitats de suportar els danys causats pel consum d'alcohol de tercers són els joves, les dones i les persones que tenen un consum anual d'alcohol més elevat, pateixen episodis d'intoxicació amb més freqüència i acudeixen més sovint a llocs públics on es consumeix alcohol (Rossow, 1996; Mäkelä [et al.], 1999). El comportament de consum d'alcohol de les persones que solen patir danys socials a causa del consum d'alcohol de tercers s'assembla molt al comportament de consum d'alcohol de les persones que pateixen diversos danys socials relacionats amb l'alcohol i derivats del seu propi consum (Hauge i Irgens-Jensen, 1986; Room [et al.], 1995; Midanik, 1999; Mustonen i Mäkelä, 1999; Rehm i Gmel, 1999). Al quadre 5.1 es resumeixen els danys que causa l'alcohol a tercers (els quals es podrien anomenar *danys ambientals de l'alcohol*).

Quadre 5.1: Danys causats per l'alcohol a tercers

Fenòmen	Resum de les conclusions
Conseqüències socials negatives	Dels danys socials produïts pel consum d'alcohol de tercers, són més habituals els que comporten conseqüències menys greus (com l'alteració del descans nocturn) que els més severos (com tenir por de persones embriagues en zones públiques). Les conseqüències socials negatives per a tercers presenten índexs més elevats en la població que les conseqüències socials per a la persona que consumeix alcohol.
Violència i delinqüència	Hi ha una relació entre el consum d'alcohol i el risc de participar en actes de violència (inclosos homicidis), la qual és molt més acusada en el cas dels episodis de consum intensiu que en el de consum total d'alcohol. També hi ha una relació entre el consum elevat d'alcohol i la violència sexual (especialment, la violència contra desconeguts) i la violència domèstica (tot i que, en aquest cas, si es tenen en compte altres factors, la relació queda atenuada). En general, com més elevat és el nivell de consum alcohòlic, més greus són els actes de violència.
Danys conjugals	Més enllà de l'estreta relació que hi ha entre el consum elevat d'alcohol i les ruptures matrimonials, diversos estudis dissenyats adequadament han demostrat que els bevedors amb consum de risc casats presenten un risc de separar-se o divorciar-se més elevat.
Maltractament infantil	En un nombre elevat d'estudis (si bé no tots han emprat la metodologia més adequada) s'ha assenyalat que hi ha diversos problemes de la infància que són més freqüents en els fills de bevedors amb consum de risc.
Danys relacionats amb la feina	Si el comparem amb nivells de consum més baixos, el consum elevat d'alcohol disminueix la productivitat i augmenta les lesions a tercers.
Conducció sota els efectes de l'alcohol	El risc de patir accidents i provocar lesions a tercers augmenta tant amb el volum d'alcohol consumit com amb les ocasions de consum elevat d'alcohol.
Afeccions prenatales	L'alcohol té una toxicitat reproductiva. És per això que l'exposició a l'alcohol durant l'embaràs pot tenir com a conseqüència un patró distintiu de mancances intel·lectuals que es fan evidents durant la infància. Encara que el volum de consum d'alcohol sigui baix, ingerir diverses begudes alcohòliques en una sola ocasió durant l'embaràs pot augmentar el risc d'avortament espontani, baix pes en néixer, part prematur i retard del creixement intrauterí, a més de reduir la producció de llet en les mares que alleten els seus fills.

Violència

En una part substancial dels casos d'agressions i crims violents, un o més dels participants han consumit alcohol (Murdoch, Pihl i Ross, 1990; Budd, 2003; Pernanen, 1991; Collins, 1993; Wells, Graham i West, 2000; Pernanen [et al.], 2002; Allen [et al.], 2003), i entre un 25% i un 85% dels crims violents (segons el país i les cultures) estan relacionats amb l'alcohol (vegeu el capítol 6). A més, hi ha una relació entre el consum d'alcohol i el risc de participar en actes violents, inclosos els homicidis, que és més acusada per a la intoxicació que per al consum global (Rossow, 2000; Wells [et al.], 2000). En un gran nombre d'estudis s'ha demostrat que el risc de participar en actes violents augmenta significativament per als bevedors amb consum de risc, els quals també tenen més possibilitats de ser víctimes d'actes de violència (Rossow [et al.], 2001; Greenfield i Henneberg, 2001).

L'alcohol i la violència

Hi ha una relació entre el consum d'alcohol i el risc de participar en actes violents, que és més acusada per a la intoxicació que per al consum global. En general, com més elevat és el nivell de consum alcohòlic, més greus són els actes violents. Tot i així, cal ser prudent a l'hora d'extrapolar aquestes evidències a totes les cultures, ja que molts estudis es basen en un grup de cultures restringit.

Els episodis de consum intensiu, la freqüència de consum i el volum de consum estan relacionats de manera independent amb el risc de cometre agressions (Wechsler [et al.], 1994; Wechsler [et al.], 1995; Wechsler [et al.], 1998; Komro [et al.], 1999; Bonomo [et al.], 2001; Swahn, 2001; Richardson i Budd, 2003; Swahn i Donovan, 2004; Wells [et al.], 2005). De les tres variables, la freqüència de consum sembla ser la més important (Wells [et al.], 2005). En una mostra de població general, s'ha establert un vincle entre el volum de consum i les agressions relacionades amb l'alcohol, tot i que no hi ha evidències de cap efecte llindar, fins i tot si es controla el consum de quantitats elevades d'alcohol (Room, Bondy i Ferris, 1995).

L'alcohol està relacionat amb les agressions tant en homes com en dones, tot i que algunes dades proven que té més efectes en l'agressivitat masculina que en la femenina (Giancola [et al.], 2002). No obstant això, un estudi ha trobat que, amb les mateixes variables de consum d'alcohol, els riscos de cometre agressions són similars o lleugerament més elevats en les dones que en els homes (Wells [et al.], 2005). Segons aquest estudi, quan es controlen les variables de consum d'alcohol, en el cas de les dones, les agressions estan més relacionades amb el consum d'alcohol en llocs públics que en el cas dels homes.

D'altra part, també hi ha una relació general entre el consum més elevat d'alcohol i la violència criminal i domèstica, que queda especialment palesa als estudis sobre violència domèstica i sexual (Mirrlees-Black, 1999; Abbey [et al.], 2001; Caetano [et al.], 2001; Brecklin i Ullman, 2002; White i Chen, 2002; Lipsey [et al.], 1997; Greenfield, 1998). Aquesta relació s'atenua si es tenen en compte altres característiques, com la cultura, el gènere, l'edat, la classe social, la categoria criminal, el maltractament durant la infància i el consum d'altres drogues a més de l'alcohol. Normalment, com més quantitat d'alcohol es consumeix, més greus són

els actes de violència comesos (Gerson i Preston, 1979; Martin i Bachman, 1997; Sharps [et al.], 2001). Diversos estudis realitzats al Regne Unit (Mirrlees-Black, 1999) i Irlanda (Watson i Parsons, 2005) indiquen que una tercera part de la violència contra companys sentimentals es produeix quan l'agressor es troba sota els efectes de l'alcohol. Pel que fa a la violència contra desconeguts, hi ha més probabilitats que l'alcohol hi tingui algun paper que no pas en la violència contra companys sentimentals (Abbey [et al.], 2001; Testa i Parks, 1996).

S'acostumen a identificar nivells elevats d'alcohol a la sang o nivells elevats de consum d'alcohol no només en les persones que cometen actes de violència, sinó també en les víctimes que els pateixen (Makkai, 1997; Mirrlees-Black, 1999; Brecklin i Ullman, 2002). També sembla que les possibilitats de patir agressions sexuals relacionades amb l'alcohol per part de desconeguts augmenten amb el consum d'alcohol de la víctima, mentre que el risc de patir agressions sexuals per part de companys o cònjuges sembla independent del consum d'alcohol de la víctima (Kaufman Kantor i Asdigian, 1997; Chermack [et al.], 2001). Moltes víctimes desenvolupen problemes amb l'alcohol com a resposta a la violència de tipus sexual (Darvez-Bornoz [et al.], 1998).

L'alcohol com a causa de violència

A banda de les investigacions epidemiològiques i experimentals sobre la intoxicació i la violència (Graham i West, 2001; Haines i Graham, 2005), també hi ha estudis que assenyalen mecanismes biològics específics que relacionen l'alcohol amb el comportament agressiu (Bushman, 1997; Lipsey [et al.], 1997; Leonard, 2005). Aquests mecanismes biològics estan moderats per factors situacionals i culturals (Wells i Graham, 2003). Els efectes farmacològics de l'alcohol inclouen un augment de la fluctuació emocional i de l'atenció al present (Graham, West i Wells, 2000), una disminució de consciència dels indicadors interns o de l'autoconsciència (Hull, 1981), una disminució de la capacitat de plantejar-se les conseqüències de les situacions i els actes (Hull i Bond, 1986; Pihl, Peterson i Lau, 1993; Ito, Miller i Pollock, 1996), una disminució de la capacitat per resoldre problemes (Sayette, Wilson i Elias, 1993) i, en darrer lloc, una disminució de l'autodomini i l'autocontrol (Hull i Stone, 2004). No obstant això, aquests mecanismes biològics varien segons les expectatives que les persones tenen sobre com s'actua després de consumir alcohol (inclòs fins a quin punt és acceptable comportar-se com un embriac i fins a quin punt s'accepten certs comportaments quan la persona va beguda), és a dir, el que s'ha anomenat *comportament durant l'embriaguesa* (vegeu el capítol 2). En el capítol 6 s'analitzarà de quina manera aquest comportament afecta el paper de l'alcohol com a causant de la delinqüència a Europa.

Pel que sembla, l'alcohol també interactua amb les característiques de la personalitat i altres factors relacionats amb la propensió a la violència, com per exemple la impulsivitat (Zhang [et al.], 1997; Lang i Martin, 1993). A més, és possible que les lesions produïdes per actes violents tinguin una relació més estreta amb la dependència de l'alcohol que altres tipus de lesions relacionades amb l'alcohol (Cherpetel, 1997). Més enllà del consum i el patró de consum d'alcohol, el context social en què es consumeixen les begudes alcohòliques també juga un paper important en les agressions relacionades amb l'alcohol (Eckardt [et al.], 1998; Fagan, 1990; Martin, 1992; Collins i Messerschmidt, 1993; Graham [et al.], 1998; Parker i Auerhahn, 1998), especialment en el cas dels joves, el comportament de consum d'alcohol dels quals està molt influenciat pels seus amics (Hansen, 1997). Una metanàlisi ha trobat que els efectes de l'alcohol augmenten en situacions caracteritzades per una ansietat més

gran de l'habitual, conflicte d'inhibició i frustració, mentre que, en les situacions en què es produeix un nivell elevat de provocació o l'individu té l'atenció centrada en ell mateix, les diferències entre les persones serenes i les intoxicades són molt menys rellevants (Ito *[et al.]*, 1996). Finalment, si hi ha suficients elements que desincentivin l'agressió, els efectes de l'alcohol en les agressions es poden reduir i, fins i tot, eliminar (Hoaken *[et al.]*, 1998; Jeavons i Taylor, 1985).

En els establiments públics on es consumeix alcohol hi ha un risc elevat que es produeixin agressions relacionades amb aquesta substància (Pernanen, 1991; Stockwell *[et al.]*, 1993; Archer, Holloway i McLouglin, 1995; Rossow, 1996; Leonard, Quigley i Collins, 2002). No obstant això, els contextos del consum d'alcohol per si sols no expliquen la relació entre l'alcohol i les agressions, atès que l'alcohol pot tenir el mateix impacte independentment del context o l'entorn en què es consumeixi (Wells *[et al.]*, 2005). A més, l'entorn de les agressions relacionades amb l'alcohol tampoc no és independent del consum d'alcohol. Així doncs, tot i que la causa d'una part dels incidents que es produeixen als bars són els conflictes interpersonals entre amics o parelles, que podrien succeir en un altre entorn, gairebé tots els casos d'agressió que tenen lloc als bars no són premeditats, sinó que sorgeixen de la interacció social dins del mateix establiment (Graham i Wells, 2001) i sovint hi participen desconeguts. Segons l'estudi d'avaluació comparativa dels riscos de l'Organització Mundial de la Salut, sembla raonable considerar que gairebé tots els incidents de violència que es produeixen en bars i altres entorns de consum en què l'activitat principal és el consum d'alcohol són atribuïbles a aquesta substància, tant si és directament, a causa dels seus efectes farmacològics, o bé indirectament, a causa de les normes socials relacionades amb el seu consum (Rehm *[et al.]*, 2004).

Danys conjugals i violència domèstica

Un nombre força elevat d'estudis transversals han demostrat que hi ha una relació positiva significativa entre el consum elevat d'alcohol i el risc de ruptura matrimonial (Leonard i Rothbard, 1999), però només hi ha uns quants estudis amb un disseny adequat que hagin aconseguit demostrar que el risc de separar-se o divorciar-se augmenta de manera significativa en els bevedors amb consum de risc casats en comparació amb la resta (Fu i Goodman, 2000). Un nombre també elevat d'estudis transversals (Lipsey *[et al.]*, 1997; Leonard, 2005), a més d'uns quants estudis longitudinals sobre el consum d'alcohol i les agressions conjugals, han demostrat que, si el marit consumeix quantitats elevades d'alcohol, el risc que es creïn situacions de violència domèstica augmenta (Quigley i Leonard, 1999) de manera paral·lela a la dosi d'alcohol ingerida (Kaufman Kantor i Straus, 1987). A més, l'estudi de Testa *[et al.]* (2003) ha trobat que els episodis de violència abans dels quals el marit ha consumit alcohol inclouen un nombre més elevat d'actes de violència amb conseqüències més greus que els episodis de violència produïts quan el marit està serè. D'altra banda, el tractament de la dependència de l'alcohol també sembla reduir la violència contra companys sentimentals (O'Farrell i Choquette, 1991; O'Farrell *[et al.]*, 1999; O'Farrell *[et al.]*, 2000; O'Farrell *[et al.]*, 2003; Stuart *[et al.]*, 2003). D'aquesta manera, sembla raonable arribar a la conclusió que l'alcohol pot ser un factor causal contribuent a la violència (Leonard, 2005). Tot sovint, les dones que pateixen problemes relacionats amb l'alcohol també experimenten problemes conjugals (Blankfield i Maritz, 1990), i tenen menys esperances de resoldre les diferències amb la parella (Kelly *[et al.]*, 2000). Els cònjuges de dones amb dependència de l'alcohol presenten índexs més elevats d'agressió contra la seva parella (Miller *[et al.]*, 1989;

Miller i Downs, 1993), i les dones que són víctimes de violència relacionada amb l'alcohol tendeixen a beure més (Olenick i Chalmers, 1991).

Maltractament infantil

El consum d'alcohol per part dels pares pot afectar de diverses maneres l'entorn en què creixen els nens: dificultats financeres, incompliment de les responsabilitats parentals, conflictes conjugals i models de rols negatius (Gmel i Rehm, 2003). Un gran nombre d'estudis ha indicat que diversos trastorns mentals i conductuals infantils apareixien amb més freqüència en fills de bevedors amb consum de risc que en la resta, si bé molts d'aquests estudis han rebut crítiques per emprar una metodologia inadequada (Miller *[et al.]*, 1997; Rossow, 2000; Widom i Hiller-Sturmhofel, 2001). Una sèrie d'informes elaborats darrerament a partir d'estudis amb dissenys apropiats indiquen que en les famílies en què els pares són bevedors amb consum de risc, el risc que es produeixin maltractaments infantils és més elevat (Rossow, 2000). Les revisions sistemàtiques dutes a terme fins ara indiquen que l'alcohol és una causa del maltractament infantil en un 16% dels casos (English *[et al.]*, 1995; Ridolfo i Stevenson, 2001).

Baix rendiment laboral

Els estudis que analitzen els índexs d'absentisme laboral de persones amb diversos nivells de consum d'alcohol proporcionen resultats de tot tipus (Gmel i Rehm, 2003). En alguns no s'ha trobat cap relació entre l'absentisme laboral i el consum d'alcohol. A tall d'exemple, a l'estudi d'Ames *[et al.]* (1997) no es va identificar cap relació significativa entre l'absentisme dels treballadors i el seu volum habitual de consum d'alcohol o la freqüència d'ocasions de consum elevat (entesos com ocasions en el darrer any en què la persona havia consumit 10 begudes alcohòliques o més). A més, tot i que es va establir una relació entre el consum d'alcohol al lloc de treball i les ressaques durant la feina i altres conseqüències negatives, com les lesions produïdes al lloc de treball, aquests dos factors no es van poder relacionar amb l'absentisme. D'altra banda, segons un estudi longitudinal dut a terme al Regne Unit, els abstemis de gènere masculí tenen un risc d'absentisme laboral a causa de malalties més elevat que no pas els treballadors amb un consum baix d'alcohol (Marmot *[et al.]*, 1993). En altres estudis, s'ha trobat una relació en forma de J entre el consum d'alcohol i les absències laborals per malaltia (Vahtera *[et al.]*, 2002), l'atur (Mullahy i Sindelar, 1996) i els ingressos (Hamilton i Hamilton, 1997), tot i que en aquests estudis no queda clar fins a quin punt els resultats s'expliquen per les característiques dels abstemis que hi van participar, ni si l'absentisme és un simple reflex de l'abast més gran dels problemes de salut que pateixen els abstemis en comparació amb els treballadors amb un consum baix d'alcohol.

D'altra banda, el consum perjudicial d'alcohol i els episodis de consum intensiu augmenten el risc que el treballador arribi tard a la feina, en marxi abans d'hora o sigui objecte de suspensions disciplinàries, la qual cosa comporta pèrdua de productivitat, renovació del personal a causa de l'esdeveniment de morts prematures, problemes de disciplina o productivitat reduïda a causa del consum d'alcohol, comportaments inadequats (com els comportaments que portin a l'obertura de procediments disciplinaris), robatoris i altres delictes i, en darrer lloc, males relacions entre treballadors i el descens de la moral del personal de l'empresa (Marmot *[et al.]*, 1993; Rehm i Rossow, 2001; Gmel i Rehm, 2003). Segons un estudi dut a terme en 114 llocs de treball (Mangione *[et al.]*, 1999), la relació entre l'augment del consum mitjà d'alcohol i l'aplicació de mesures sumàries relacionades amb el rendiment laboral és gairebé lineal. En

aquest estudi, les relacions més estretes són les que s'aprecien entre el consum d'alcohol i els retards a l'hora d'arribar a la feina, l'abandonament del lloc de treball abans d'hora i la reducció del rendiment laboral, mentre que la relació entre el consum d'alcohol i l'absentisme laboral és molt menys rellevant. Així doncs, sembla ser que el consum d'alcohol té més efectes en la productivitat en el lloc de treball que en el nombre de dies d'absentisme laboral.

L'alcohol i el risc d'emmalaltir

L'alcohol és una substància tòxica que està relacionada amb més de 60 trastorns amb conseqüències a curt i a llarg termini (Gutjahr [et al.], 2001; English [et al.], 1995; Ridolfo i Stevenson, 2001; Room [et al.], 2005). La taula 5.1, extreta de l'estudi d'avaluació comparativa dels riscos de l'Organització Mundial de la Salut, resumeix la relació que hi ha entre el consum d'alcohol i els riscos que es produeixin diverses afeccions d'importància. Per a moltes d'aquestes afeccions, el risc augmenta directament amb el nivell de consum d'alcohol, sense evidències de cap efecte llindar (Anderson [et al.], 1993; Anderson, 1995; Anderson, 2003; Rehm [et al.], 2003), i les pendents de risc varien segons el gènere (Corrao [et al.], 1999; Corrao [et al.], 2004). El quadre 5.2 resumeix els danys que causa l'alcohol a les persones que el consumeixen.

Taula 5.1: Riscs relatius per a les afeccions seleccionades (extret de l'avaluació comparativa dels riscos).

	Dones			Homes		
	Consum d'alcohol (g/dia)					
	0-19	20-39	40+	0-39	40-59	60+
Afeccions neuropsiquiàtriques						
Epilepsia	1,3	7,2	7,5	1,2	7,5	6,8
Afeccions gastrointestinals						
Cirrosi hepàtica	1,3	9,5	13,0	1,3	9,1	13,0
Variça esofàgica ¹	1,3	9,5	9,5	1,3	9,5	9,5
Pancreatitis aguda i crònica	1,3	1,8	1,8	1,3	1,8	3,2
Afeccions metabòliques i endocrines						
Diabetis mellitus	0,9	0,9	1,1	1,0	0,6	0,7
Neoplàsies malignes						
Càncer de boca i d'orofaringe	1,5	2,0	5,4	1,5	1,9	5,4
Càncer d'esòfag	1,8	2,4	4,4	1,8	2,4	4,4
Càncer de laringe	1,8	3,9	4,9	1,8	3,9	4,9
Càncer de fetge	1,5	3,0	3,6	1,5	3,0	3,6
Càncer de mama	1,1	1,4	1,6			
Altres tumors	1,1	1,3	1,7	1,1	1,3	1,1
Malalties cardiovasculars						
Hipertensió arterial	1,4	2,0	2,0	1,4	2,0	4,1
Cardiopatia coronària	0,8	0,8	1,1	0,8	0,8	1,0
Ictus isquèmic	0,5	0,6	1,1	0,9	1,3	1,7

Ictus hemorràgic	0,6	0,7	8,0	1,3	2,2	2,4
Aritmia cardíaca	1,5	2,2	2,2	1,5	2,2	2,2
Afeccions durant el període perinatal						
Avortament espontani	1,2	1,8	1,8			
Baix pes en néixer ²	1,0	1,4	1,4	1,0	1,4	1,4
Prematuritat ²	0,9	1,4	1,4	0,9	1,4	1,4
Retard del creixement intrauteri ²	1,0	1,7	1,7	1,0	1,7	1,7

¹ Les varius esofàgiques relacionades amb l'alcohol només apareixen quan es produeix una cirrosi hepàtica.

² El risc relatiu fa referència al consum d'alcohol per part de la mare.

Font: Rehm [et al.], (2004).

Quadre 5.2: Problemes causats per l'alcohol al consumidor

Problema		Resum de les conclusions
Benestar social	Conseqüències socials negatives	El risc de participar en baralles i perjudicar la vida domèstica, el matrimoni, la vida laboral, els estudis, les relacions d'amistat i la vida social augmenta de manera paral·lela a la dosi d'alcohol consumida.
	Baix rendiment laboral	El consum elevat d'alcohol redueix el rendiment laboral i la productivitat i afavoreix l'atur.
Lesions intencionades i inintencionades	Violència	El consum d'alcohol i el risc de participar en actes violents estan relacionats. Aquesta relació és més estreta per als episodis de consum intensiu que per al consum global d'alcohol. Com més elevat és el nivell de consum alcohòlic, més greus són els actes de violència.
	Conduir sota els efectes de l'alcohol	Els riscos derivats de la conducció sota els efectes de l'alcohol augmenten tant amb la quantitat d'alcohol consumida com amb la freqüència d'ocasions de consum alcohòlic elevat. Amb una taxa d'alcoholèmia de 0,5 g/l, el risc de patir accidents augmenta un 38%.
	Lesions	El consum d'alcohol està relacionat amb el risc de patir accidents i lesions, mortals o no. Les persones que habitualment consumeixen quantitats reduïdes d'alcohol però que, periòdicament, en consumeixen quantitats elevades són les que corren més risc. L'alcohol augmenta el risc d'ingressar en el servei d'urgències d'un hospital de manera paral·lela a la dosi.
	Suïcidi	El consum d'alcohol i el risc de suïcidi o intent de suïcidi estan directament relacionats. Aquesta relació és més estreta per als episodis de consum intensiu que per al consum global d'alcohol.

	Problema	Resum de les conclusions
Afeccions neuropsiquiàtriques	Ansietat i trastorns del son	Més d'una de cada vuit persones amb trastorns d'ansietat també pateix un trastorn en el consum d'alcohol. L'alcohol agreuja els trastorns del son.
	Depressió	Els trastorns en el consum d'alcohol són un factor de risc dels trastorns depressius de manera paral·lela a la dosi. Sovint els trastorns en el consum d'alcohol precedeixen els trastorns depressius, que disminueixen si la persona deixa de prendre alcohol.
	Dependència de l'alcohol	El risc de patir dependència de l'alcohol apareix ja en les persones que consumeixen alcohol en quantitats reduïdes i augmenta de manera paral·lela tant al volum d'alcohol consumit com al patró de consum de quantitats més elevades en una sola ocasió. Els adults joves, especialment, es troben en una situació de risc.
	Afeccions nervioses	Els estudis clínics estableixen que entre una quarta i una tercera part dels pacients amb dependència de l'alcohol presenten danys als nervis perifèrics de l'organisme. Els riscos i la gravetat d'aquests danys augmenten amb el consum d'alcohol al llarg de la vida.
	Danys cerebrals	El consum elevat d'alcohol accelera l'encongiment del cervell, la qual cosa redueix la capacitat cognitiva. Aparentment, els individus amb una dependència de l'alcohol a llarg termini presenten una trajectòria contínua de danys cerebrals.
	Dèficit cognitiu i demència	El consum elevat d'alcohol augmenta el risc que es produeixi un deteriorament cognitiu de manera paral·lela a la dosi.
Afeccions gastrointestinals, metabòliques i endocrines	Cirrosi hepàtica	El consum d'alcohol augmenta el risc de patir cirrosi hepàtica de manera paral·lela a la dosi. Independentment del nivell de consum d'alcohol, les dones tenen més probabilitat de desenvolupar una cirrosi hepàtica que no pas els homes.
	Pancreatitis	El consum d'alcohol augmenta el risc de patir pancreatitis aguda i crònica de manera paral·lela a la dosi.
	Diabetis de tipus II	Tot i que el risc que es produeixi aquesta malaltia és menor en les persones amb un consum baix d'alcohol que en els abstemis (vegeu el quadre 5.3), el consum de dosis elevades d'alcohol n'augmenta el risc.
	Sobrepès	L'alcohol conté 7,1 kcal/g i és un factor de risc per a l'augment de pes. En els casos de consum molt elevat, l'alcohol pot substituir la manca de calories a causa d'una alimentació deficient, i conduir a la malnutrició.

	Problema	Resum de les conclusions
	Gota	El consum d'alcohol augmenta el risc que es generin nivells elevats d'àcid úric i es produeixin casos de gota de manera paral·lela a la dosi.
Càncers	Tracte gastrointestinal	El consum d'alcohol augmenta de manera lineal el risc de patir càncer de boca, càncer d'esòfag (gola) i càncer de larinx (via respiratòria superior) i, en una proporció menor, càncer d'estómac, càncer de còlon i càncer de recte.
	Fetge	El consum d'alcohol augmenta de manera exponencial el risc de patir càncer de fetge.
	Mama	El consum d'alcohol augmenta el risc de patir càncer de mama de manera paral·lela a la dosi.
Malalties cardiovasculars	Hipertensió arterial	El consum d'alcohol augmenta la pressió arterial i el risc d'hipertensió de manera paral·lela a la dosi.
	Apoplexia	El consum d'alcohol augmenta el risc d'apoplexia hemorràgica en una relació dosi-resposta. La relació amb l'apoplexia isquèmica té forma de J: les dosis baixes d'alcohol en redueixen el risc (vegeu el quadre 5.3), i les dosis altes, l'augmenten. Els episodis de consum intensiu són un factor de risc important tant per a les apoplexies hemorràgiques com per a les isquèmiques, a més de ser una causa especialment important de les apoplexies en adolescents i joves.
	Irregularitats en el ritme cardíac	Els episodis de consum intensiu augmenten el risc de patir arítmies cardíques i mort sobtada coronària, fins i tot en les persones que no presenten evidències d'haver patit malalties cardíques.
	Malaltia cardíaca coronària	Tot i que el consum baix d'alcohol redueix el risc de patir una malaltia cardíaca coronària sempre que no s'ingereixin més de 20 g al dia (el nivell de consum d'alcohol amb el risc més baix; vegeu el quadre 5.3), el risc de patir aquest tipus de malaltia augmenta fins a superar el d'un abstemi si es consumeixen més de 80 g diaris. La reducció del risc és molt menys rellevant en persones d'edat molt avançada, tot i que, en molts certificats de defunció d'aquesta franja d'edat, la causa de la mort s'atribueix a una malaltia cardíaca coronària, per la qual cosa l'índex se sobrevalora.
	Cardiomiopatia	El consum elevat d'alcohol durant un període prolongat de temps augmenta, de manera paral·lela a la dosi, el risc que els músculs cardíacs quedin danyats (cardiomiopatia).
Sistema immunitari		L'alcohol pot interferir en el funcionament normal del sistema immunitari i augmentar la susceptibilitat respecte a certes malalties infeccioses, com la pneumònia, la tuberculosi i, possiblement, la SIDA.

Problema	Resum de les conclusions
Malalties pulmonars	En cas de sèpsia o trauma, les persones amb dependència de l'alcohol tenen un risc de dues a quatre vegades més elevat que la resta de patir la síndrome del destret respiratori agut.
Complicacions postoperatòries	L'alcohol augmenta el risc que es produeixin complicacions postoperatòries i el risc que la persona hagi de ser ingressada a la unitat de cura intensiva d'un centre mèdic de manera paral·lela a la dosi.
Afeccions òssies	Aparentment, tant en els homes com en les dones, hi ha una relació paral·lela a la dosi entre el consum de l'alcohol i el risc de patir fractures, tot i que aquest risc és més rellevant en el cas dels homes (vegeu també el quadre 5.3). En dosis elevades (si bé aquest fenomen es continua produint de manera paral·lela a la dosi), l'alcohol és una de les causes de malalties musculars.
Afeccions reproductives	L'alcohol pot reduir la fertilitat tant en els homes com en les dones.
Mortalitat total	S'estima que, almenys al Regne Unit, qualsevol nivell de consum per part de la gent jove (dones de menys de 45 anys i homes de menys de 35 anys) augmenta el risc global de mortalitat de manera paral·lela a la dosi.

L'alcohol augmenta el risc que es produeixin trastorns tant a conseqüència de l'exposició temporal a aquesta substància i, fins i tot, breu i intensa, com és el cas dels episodis de consum intensiu (en aquest cas, els trastorns s'anomenen *efectes aguts* de l'alcohol), com a conseqüència de l'exposició prolongada o a llarg termini (els *efectes crònics* de l'alcohol) (Last, 2001). Les afeccions potencials inclouen tant les que s'inicien de manera sobtada i solen tenir una duració breu, anomenades *conseqüències agudes*, com les que resten a llarg termini, o *conseqüències cròniques* (Last, 2001). Una bona part de les lesions intencionades o inintencionades, a més d'altres afeccions amb conseqüències a llarg termini, com les arítmies cardíques i les apoplexies isquèmiques, es produeixen a causa de l'exposició aguda a l'alcohol. Altres afeccions, com la cirrosi hepàtica o diversos tipus de càncers, són el fruit de l'exposició a llarg termini a l'alcohol. Cal fer esment que bona part tant de l'exposició aguda i l'exposició crònica a l'alcohol com de les conseqüències agudes i les conseqüències cròniques del seu consum es poden superposar per a certs individus i per a certes afeccions. D'aquesta manera, una persona amb osteoporosi (afebliment dels ossos) relacionada amb l'alcohol i una malaltia muscular que redueix la força dels seus músculs —les dues malalties relacionades amb l'exposició a llarg termini a l'alcohol— pot tenir un risc més elevat de fracturar-se un os si pateix una caiguda a causa del consum d'alcohol. A més, una fractura pot tenir conseqüències tant a curt termini (curació completa i normal) com a llarg termini, com per exemple la infecció de l'os i, fins i tot, l'aparició d'una invalidesa arran de la fractura. En aquest apartat, s'han descrit les diverses afeccions ordenant-les segons la importància de la seva contribució amb relació als anys de vida ajustats per invalidesa relacionats amb l'alcohol (vegeu el capítol 6), i assenyalant si l'exposició que les produeix

acostuma a ser aguda o crònica. A més, també s'han esmentat algunes afeccions, com l'esquizofrènia, que, tot i que no es consideren causades pel consum d'alcohol, sí que poden patir els efectes d'aquest consum, que pot afectar fins i tot els resultats dels tractaments.

Lesions intencionades i inintencionades

Conducció sota els efectes de l'alcohol

El risc de conduir sota els efectes de l'alcohol augmenta amb la quantitat d'alcohol consumida, la freqüència d'ocasions de consum elevat (Midanik [et al.], 1996) i la taxa d'alcoholèmia (Blomberg [et al.], 2002; Hingson i Winter, 2003). Una revisió de 112 estudis ha permès obtenir evidències sòlides que demostren que la capacitat de conduir comença a disminuir tan bon punt la taxa d'alcoholèmia supera el nivell zero (Moskowitz i Fiorentino, 2000). A partir de la comparació entre la taxa d'alcoholèmia de conductors que han pres part en accidents amb la de conductors que no n'han patit s'ha arribat a la conclusió que els conductors de gènere masculí i femení de qualsevol edat amb una taxa d'alcoholèmia de 0,2 g/l a 0,49 g/l tenen, com a mínim, un risc tres vegades més gran de morir en un accident de trànsit d'un sol vehicle. Amb una taxa d'alcoholèmia de 0,5 g/l a 0,79 g/l, el risc augmenta, com a mínim, sis vegades, mentre que si la taxa és de 0,8 g/l a 0,99 g/l, el risc es multiplica per 11 (Zador [et al.], 2000). El nivell de risc és més elevat per als accidents greus i mortals, per als accidents en què només hi ha un vehicle implicat i per a la gent jove. Fins i tot el consum de dosis relativament baixes d'alcohol (20 g d'alcohol) pot reduir la capacitat de conducció si s'afegeix a una privació relativa del son (Horne [et al.], 2005). D'altra banda, el consum d'alcohol augmenta tant la possibilitat d'ingressar en un hospital a causa de lesions produïdes per la conducció sota els efectes de l'alcohol com la gravetat de les lesions esmentades (Borges [et al.], 1998).

Alcohol i lesions

El consum d'alcohol està relacionat amb el risc de patir accidents i lesions, mortals o no. Les persones que habitualment consumeixen quantitats reduïdes d'alcohol però que, periòdicament, en consumeixen quantitats elevades, són les que corren més risc.

Lesions

Hi ha una relació entre el consum d'alcohol, en general, a curt termini, i el risc de patir accidents i lesions, mortals o no (Cherpitel [et al.], 1995; Brismar i Bergman, 1998; Smith [et al.], 1999; Macdonald [et al.], 2005). Segons un estudi australià, el risc de patir una lesió després de consumir més de 60 g d'alcohol en un període de sis hores és deu vegades més elevat per a les dones i dues vegades més elevat per als homes (McLeod [et al.], 1999). D'altra part, segons un estudi finlandès, el consum d'alcohol augmenta el risc de patir lesions mortals (Paljärvi [et al.], 2005). A més, si s'analitzen les ocasions de consum d'alcohol, s'arriba a la conclusió que, independentment de la freqüència, prendre una o dues begudes alcohòliques en una sola ocasió no augmenta el risc de patir lesions mortals. En canvi, el consum de quatre begudes alcohòliques o més en una sola ocasió sí que augmenta el risc de patir lesions mortals, que s'incrementa amb la freqüència d'ocasions de consum d'aquest nivell. A més, no s'ha identificat cap evidència que la tolerància a l'alcohol disminueixi el risc de patir lesions mortals en les persones amb un consum elevat habitual d'alcohol. Altres estudis han trobat

que les persones que solen consumir alcohol en quantitats reduïdes però que, periòdicament, consumeixen grans quantitats d'alcohol, corren un risc especialment elevat (Watt [et al.], 2004). L'alcohol augmenta el risc d'ingressar als serveis d'urgències d'un hospital de manera paral·lela a la dosi (Cherpitel, 1993; Cherpitel [et al.], 2003; Borges [et al.], 2004; Cherpitel [et al.], 2005), i entre el 20% i el 80% dels ingressos en serveis d'urgències poden estar relacionats amb l'alcohol (Hingson i Howland, 1987). Finalment, l'alcohol altera l'evolució del tractament dels pacients que han patit lesions i pot causar complicacions quirúrgiques (Smith [et al.], 1999) i augmentar les probabilitats de defunció (Li [et al.], 1994).

Suïcidi

El consum elevat d'alcohol és un factor de risc important tant en els suïcidis com en els comportaments suïcides de joves i adults (Lesage [et al.], 1994; Andrews i Lesinsohn, 1992; Beautrais, 1998). A més, hi ha una relació directa entre el consum d'alcohol i el risc de suïcidi o intent de suïcidi. Aquesta relació és més estreta per a la intoxicació que per al consum global (Rossow, 1996).

Afeccions neuropsiquiàtriques

Depressió

Entre el consum d'alcohol i els símptomes de depressió i ansietat hi ha una relació lineal, i la prevalença d'aquests símptomes augmenta de manera proporcional al consum d'alcohol (Alati [et al.], 2005).

Diversos estudis han demostrat que les persones amb depressió i trastorns de l'estat d'ànim corren un risc especialment gran de patir dependència de l'alcohol i a la inversa (Regier [et al.], 1990; Merikangas [et al.], 1998; Swendsen [et al.], 1998; Kringlen [et al.], 2001; de Graaf [et al.], 2002; Petrakis [et al.], 2002; Sonne i Brady, 2002; Farrell [et al.], 2001; Farrell [et al.], 1998; Jacobi [et al.], 2004; Bijl [et al.], 1998; Pirkola [et al.], 2005). Les persones amb dependència de l'alcohol presenten un risc de dues a tres vegades superior de patir trastorns depressius (Hilarski i Wodarki, 2001; Schuckit, 1996; Swendson [et al.], 1998), i hi ha evidència d'un continuum en la magnitud de la comorbiditat com a funció de nivell del consum d'alcohol (Kessler [et al.], 1996; Merikangas [et al.], 1998; Rodgers [et al.], 2000). Per exemple, en un estudi nord-americà s'ha trobat que, en un any qualsevol, un 12% de les persones amb depressió unipolar pateixen dependència de l'alcohol (Grant [et al.], 2004) (vegeu la taula 5.2). De la mateixa manera, el 28% de les persones amb dependència de l'alcohol pateixen un trastorn depressiu greu (vegeu la taula 5.3). L'Estudi d'anàlisis i entrevistes de salut alemany (*German Health Interview and Examination Study*) també ha arribat a conclusions semblants. En aquest estudi, al 56% de les persones a qui s'havia diagnosticat «consum de risc i dependència de l'alcohol» segons els criteris DSM-IV també se'ls havia diagnosticat un trastorn psiquiàtric, al 22% se'ls n'havien diagnosticat dos, al 8% se'ls n'havien diagnosticat tres i al 14% se'ls n'havien diagnosticat quatre o més (Jacobi [et al.], 2004).

Alcohol i depressió

Les persones amb dependència de l'alcohol corren un risc de dues a tres vegades més elevat de patir trastorns depressius que la resta. Aquest risc augmenta amb el nivell de consum d'alcohol. En un nombre substancial de casos, els trastorns en el consum d'alcohol precedeixen l'aparició de la depressió.

Tot i que la depressió pot precedir el consum elevat d'alcohol o els trastorns en el consum d'alcohol, hi ha un nombre substancial de casos de comorbiditat en què l'aparició dels trastorns en el consum d'alcohol precedeix la dels trastorns depressius (Merikangas [et al.], 1998; Kessler [et al.], 1996; Rehm [et al.], 2004). A més, un gran nombre de síndromes depressives milloren considerablement després de dies o setmanes d'abstinència de l'alcohol (Brown i Schuckit, 1988; Dackis [et al.], 1986; Davidson, 1995; Gibson i Becker, 1973; Penick [et al.], 1988; Pettinati [et al.], 1982; Willenbring, 1986). D'altra banda, s'han trobat diversos mecanismes biològics plausibles mitjançant els quals la dependència de l'alcohol pot causar trastorns depressius (Markou [et al.], 1998).

Taula 5.2: El risc de patir dependència de l'alcohol en persones amb trastorns de l'estat d'ànim (dades dels EUA).¹

Comorbiditat dels trastorns de l'estat d'ànim* i el consum de risc de substàncies			
	Qualsevol consum de risc o dependència de substàncies (%)	Dependència de l'alcohol (%)	Consum de risc d'alcohol (%)
Qualsevol trastorn de l'estat d'ànim	32,0	4,9	6,9
Qualsevol trastorn bipolar	56,1	27,6	16,1
Bipolar I	60,7	31,5	14,7
Bipolar II	48,1	20,8	18,4
Depressió unipolar	27,2	11,6	5,0
NOTES: * Els trastorns de l'estat d'ànim inclouen la depressió i el trastorn bipolar. El trastorn bipolar o depressió maníaca es caracteritza per canvis extremadament bruscos d'estat d'ànim. El trastorn bipolar I és el trastorn bipolar més greu. El trastorn bipolar II és menys greu. La depressió unipolar és una depressió sense episodis maníacs. FONT: les dades de la taula es basen en els resultats de l'Estudi epidemiològic de l'àrea d'atracció (<i>Epidemiologic Catchment Area Study</i>) (Regier [et al.], 1990).			

¹ Les categories *dependència de l'alcohol i consum de risc* s'exclouen mútuament.

Taula 5.3: El risc de patir trastorns de l'estat d'ànim en persones amb dependència de l'alcohol (dades dels EUA).

Prevalença de trastorns psiquiàtrics en persones amb consum de risc i dependència de l'alcohol				
	Consum de risc		Dependència de l'alcohol	
Trastorn comòrbid	Índex últim any (%)	Oportunitat relativa	Índex últim any (%)	Oportunitat relativa
Estudi nacional de comorbiditat¹				
Trastorns de l'estat d'ànim	12,3	1,1	29,2	3,6*
Trastorn depressiu greu	11,3	1,1	27,9	3,9*
Trastorn bipolar	0,3	0,7	1,9	6,3*
Trastorns d'ansietat	29,1	1,7	36,9	2,6*
TAG	1,4	0,4	11,6	4,6*
Trastorn de pànic	1,3	0,5	3,9	1,7
TEPT	5,6	1,5	7,7	2,2*
Estudi del sector epidemiològic²	Índex al llarg de la vida (%)	Oportunitat relativa	Índex al llarg de la vida (%)	Oportunitat relativa
Esquizofrènia	9,7	1,9	24	3,8
NOTES: * L'oportunitat relativa va variar significativament d'1 a 0,05. Aquesta magnitud representa les possibilitats que una persona amb dependència de l'alcohol o consum de risc pateixi el trastorn psiquiàtric comòrbid (per exemple, una persona amb dependència de l'alcohol té 3, 6 vegades més possibilitats de patir un trastorn de l'estat d'ànim que la resta de persones). L'índex últim any reflecteix el percentatge de persones que complien els criteris establerts per considerar que patien un trastorn durant un període d'un any abans de la realització de l'estudi. L'índex al llarg de la vida reflecteix el percentatge de persones que complien els criteris establerts per considerar que patien un trastorn en qualsevol moment de la seva vida. FONT: ¹ Kessler [et al.], 1995. ² Regier [et al.], 1990.				

Dependència de l'alcohol

Independentment del mètode de mesurament del consum d'alcohol (Grant i Harford, 1990; Muthen [et al.], 1992; Dawson i Archer, 1993; Hall [et al.], 1993; Caetano i Tam, 1995; Midanik [et al.], 1996; Caetano [et al.], 1997), el risc de patir dependència de l'alcohol augmenta tant amb el volum de consum d'alcohol com amb el patró de consum de grans quantitats en una sola ocasió (Caetano [et al.], 1997; Caetano i Cunradi, 2002). L'Estudi de morbiditat psiquiàtrica nacional de l'OPCS (Oficina de Censos i Estudis de Població) dut a terme al Regne Unit (Farrell [et al.], 2001) i l'estudi NHIS-88 (Estudi nacional de salut a partir d'entrevistes) dut a terme als EUA (Caetano [et al.], 1997) arriben a la conclusió que el risc de patir dependència de l'alcohol augmenta de manera lineal respecte al volum de consum d'alcohol. A més, a l'estudi nord-americà es pot observar que un patró de consum de cinc begudes alcohòliques diàries augmenta considerablement el risc de patir dependència de l'alcohol.

La relació entre el consum d'alcohol i la dependència de l'alcohol no és unívoca, és a dir, no es limita al fet que el consum d'alcohol influeixi en la dependència de l'alcohol. Un dels trets característics de la dependència de l'alcohol és que es perpetua: un cop apareguda, influeix tant el volum d'alcohol que es consumeix com el patró de consum, la qual cosa, al seu torn, contribueix a la prolongació de la dependència.

La dependència de l'alcohol és especialment freqüent en els adults joves (Farrell [et al.], 2001; Caetano, 1999; Caetano i Cunradi, 2002), i el consum freqüent d'alcohol als 14-15 anys anticipa la dependència de l'alcohol als 20-21 anys (Bonomo [et al.], 2004). A més, s'ha identificat la presència d'una progressió del consum d'alcohol al consum perjudicial d'alcohol i, d'aquest darrer, a la dependència de l'alcohol (Ridenour [et al.], 2003), a més d'un risc més elevat de patir dependència de l'alcohol com més temps s'estigui exposat a l'alcohol. Per a la meitat de les persones que pateixen dependència de l'alcohol, la síndrome es desenvolupa en un termini de 10 anys a partir de la primera ocasió de consum d'alcohol (Wagner i Anthony, 2002), tot i que és poc freqüent que les formes més greus de dependència de l'alcohol apareguin abans dels 30 anys d'edat (Coulthard [et al.], 2002).

Els dos factors que contribueixen al desenvolupament de la dependència de l'alcohol són el reforçament psicològic i l'adaptació biològica en el cervell (Organització Mundial de la Salut, 2004; Spanagel i Heilg, 2005).

Danys al sistema nerviós (neuropatia perifèrica)

Els estudis clínics realitzats fins ara han trobat que entre una quarta i una tercera part dels pacients amb dependència de l'alcohol presenten danys als nervis relacionats amb els sentits i el moviment i, més concretament, als nervis que permeten moure les cames (Monforte [et al.], 1995). El risc i la gravetat dels danys augmenta amb el consum d'alcohol al llarg de la vida. Tot i que l'efecte és independent de la malnutrició, no se sap fins a quin punt aquesta deficiència pot agreujar els danys. Tampoc no se sap fins a quin punt el consum d'alcohol en dosis reduïdes pot augmentar el risc de patir neuropatia perifèrica.

Deteriorament cognitiu, demència i danys cerebrals

El consum d'alcohol té efectes immediats i a llarg termini sobre el cervell i les funcions neuropsiquiàtriques, i la relació entre el consum elevat d'alcohol i el deteriorament cognitiu està ben documentada (Williams i Skinner, 1990). Les persones que consumeixen de 70 g a 84 g d'alcohol al dia durant un període prolongat de temps presenten alguns deterioraments cognitius; les persones que consumeixen de 98 g a 126 g d'alcohol al dia durant un període prolongat de temps presenten deterioraments cognitius lleus i, en darrer lloc, les persones que consumeixen més de 140 g d'alcohol al dia durant un període prolongat de temps presenten deterioraments semblants als de les persones a qui s'ha diagnosticat dependència de l'alcohol (Parsons i Nixon, 1998).

Hi ha evidències que demostren que, dels homes i dones d'entre 20 i 64 anys, els abstemis tenen unes funcions cognitives més reduïdes que les persones amb un consum baix d'alcohol (fins a 20 g d'alcohol al dia per als homes i fins a 10 g d'alcohol al dia per a les dones) (Rodgers [et al.], 2005), tot i que aquest fenomen es pot atribuir (no completament, però sí en bona part) als efectes de la selecció i el millor estat físic de les persones amb un consum baix d'alcohol en comparació amb els abstemis (Anstey [et al.], 2005).

Hi ha certs indicis que el consum baix d'alcohol pot fer disminuir tant el deteriorament cognitiu (Ganguli [et al.], 2005) com el risc de les persones grans de patir algun tipus de demència d'origen vascular. En canvi, es desconeixen els efectes del consum baix d'alcohol sobre l'Alzheimer i la cognició —alguns estudis arriben a la conclusió que hi ha una relació (Stampfer [et al.], 2005) i altres la neguen (Gunzerath [et al.], 2004). En un estudi finlandès,

es relaciona el consum habitual d'alcohol de persones de mitjana edat amb el deteriorament cognitiu i els efectes perjudicials per al cervell que es produeixen més endavant i, a més, es demostra que aquesta relació és més acusada si hi ha una susceptibilitat genètica a la demència (Antilla [et al.], 2004).

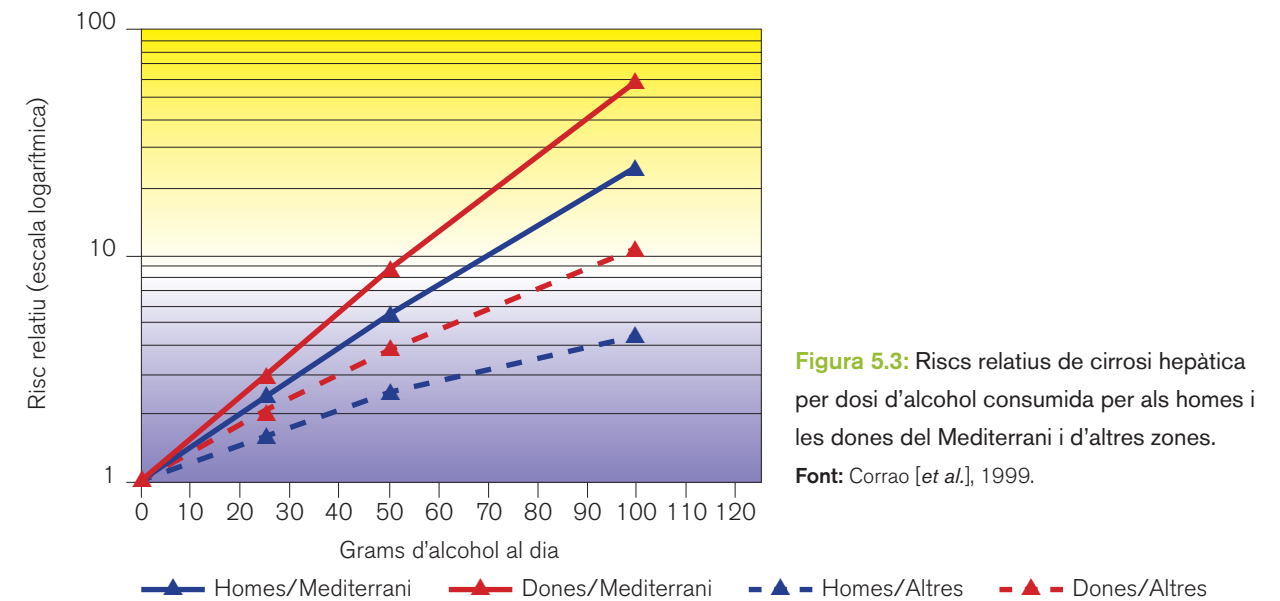
D'altra banda, el consum elevat d'alcohol accelera l'encongiment del cervell, la qual cosa redueix la capacitat cognitiva (Rourke i Loberg, 1996; Oscar-Berman i Marinkovic, 2003). Durant l'adolescència, el consum d'alcohol pot comportar canvis estructurals en l'hipocamp (una part del cervell que participa en el procés d'aprenentatge) (De Bellis [et al.], 2000) i, en nivells alts, fins i tot reduir de manera permanent el desenvolupament cerebral (Spear, 2002). Sembla ser que les persones amb dependència de l'alcohol a llarg termini presenten un espectre de danys cerebrals que va des de dèficits moderats fins a la psicosi greu de la síndrome de Wernicke-Korsakoff, la qual provoca confusió, descoordinació a l'hora de caminar, visió doble i incapacitat de retenir informació nova.

El consum d'alcohol i l'**hàbit tabàquic** són comportaments estretament relacionats: les persones que consumeixen alcohol tenen més probabilitats de fumar (i a la inversa) i, a més, les persones que consumeixen grans quantitats d'alcohol tendeixen a fumar una quantitat més elevada de tabac. S'ha estimat que els índexs d'hàbit tabàquic de les persones amb dependència de l'alcohol arriben fins al 90%. De la mateixa manera, els fumadors tenen moltes més possibilitats de consumir alcohol que els no-fumadors, i els fumadors que han desenvolupat una dependència de la nicotina tenen un risc 2,7 vegades més elevat de desenvolupar una dependència de l'alcohol que els no-fumadors (vegeu Drobes, 2002 i John [et al.], 2004).

Tot i que no es considera que el causant sigui l'alcohol, les persones a qui s'ha diagnosticat **esquizofrènia** no només tenen més probabilitats de ser bevedors amb un consum de risc o perjudicial (Hulse [et al.], 2000), sinó que, a més, hi ha evidències que fins i tot un nivell baix de consum d'alcohol pot agreujar els símptomes d'aquesta afecció, a més d'interferir en l'efectivitat d'algunes medicacions estàndard (Castaneda [et al.], 1998). Pel que fa al tractament, s'han obtingut uns resultats més positius quan s'han combinat el tractament de l'esquizofrènia i del consum perjudicial d'alcohol (Mueser i Kavanagh, 2001). La coincidència entre el trastorn en el consum d'alcohol i l'esquizofrènia es pot deure a factors biològics (una base neurològica comuna que pot reforçar els efectes positius de l'alcohol) i factors psicològics i socioambientals (l'alleujament de les conseqüències de mala salut mental i el foment de la socialització) (Drake i Muser, 2002).

Afeccions gastrointestinals

L'exposició a l'alcohol a llarg termini augmenta el risc de patir cirrosi hepàtica (figura 5.3) i de pancreatitis aguda i crònica (Corrao [et al.], 1999). Per als homes que moren entre els 35 i els 69 anys, el risc de mortalitat per cirrosi hepàtica augmenta de 5 casos per cada 100.000 persones si no es consumeix alcohol, a 41 casos per 100.000 persones si es prenen quatre begudes alcohòliques o més al dia (Thun [et al.], 1997).



Tot i que hi ha una correlació important entre el risc de patir cirrosi hepàtica, el producte de la quantitat d'alcohol en grams consumida diàriament i el temps durant el qual s'ha consumit alcohol, només un percentatge aproximat del 20% de les persones amb dependència de l'alcohol desenvolupen cirrosi hepàtica (Seitz i Homan, 2001). Alguns estudis assenyalen l'existència de factors genètics que predisposen l'individu a patir una malaltia hepàtica alcohòlica. D'aquesta manera, en el cas de la cirrosi alcohòlica, la concordança entre bessons homozigòtics (idèntics) és gairebé d'un 15%, mentre que per als bessons heterozigòtics (no idèntics) és d'un 5% (Lumeng i Crabb, 1994). El polimorfisme dels enzims que metabolitzen l'etanol i/o les seves mutacions també pot fer augmentar el risc que es produeixi una malaltia hepàtica alcohòlica. Alguns estudis també mostren que l'elevada incidència de certs antígens HLA, com el B8, el Bw40, el B13, l'A2, el DR3 i el DR2, fa que augmenti el risc de desenvolupar una malaltia hepàtica alcohòlica (Lumeng i Crabb, 1994).

El patró de consum alcohòlic també és important, atès que el consum periòdic de grans quantitats d'alcohol implica un risc més reduït que no pas el consum continuat durant un període de temps més llarg. A més, hi ha una interacció entre la infecció de l'hepatitis C, la qual augmenta el risc de patir cirrosi hepàtica independentment del nivell de consum d'alcohol, i l'agreujament de la cirrosi (Schiff, 1997; Schiff i Ozden, 2003). D'altra part, també s'ha observat una interacció aparent amb els congèneres alifàtics de l'alcohol presents en els licors casolans, que augmenta el risc de patir cirrosi (Szucs [et al.], 2005). Amb qualsevol nivell de consum d'alcohol, les dones tenen més possibilitats de desenvolupar una cirrosi hepàtica que els homes (Mann [et al.], 2003) (vegeu la figura 5.3). Alguns estudis suggereixen que l'augment de l'índex de massa corporal o el del nivell de glucosa a la sang poden fer augmentar, de manera independent, el risc de patir una malaltia hepàtica alcohòlica (Naveau [et al.], 1997; Raynard [et al.], 2002). També s'ha assenyalat la possibilitat que el risc de patir una cirrosi induïda per l'alcohol sigui inferior en els consumidors de vi que en els consumidors de cervesa o licors (Becket [et al.], 2002).

Càlculs biliars i diabetis

Hi ha evidències que l'alcohol pot reduir el risc de patir càlculs biliars, tot i que no tots els estudis corroboren aquesta conclusió. El consum de dosis baixes d'alcohol redueix el risc de patir diabetis de tipus II en comparació amb el dels abstemis, però les dosis elevades l'augmenten.

Aparentment, no hi ha cap relació entre el consum d'alcohol i el risc d'aparició d'úlceres gàstriques i duodenals (Corrao [et al.], 1999; Corrao [et al.], 2004). En canvi, hi ha dades que demostren que el consum d'alcohol pot reduir el risc de patir càlculs biliars (colelitiasi) (Leitzmann [et al.], 1998; vegeu Ashley [et al.], 2000; Rehm [et al.], 2003; Rehm [et al.], 2004), tot i que no tots els estudis corroboren aquesta conclusió (Sahi [et al.], 1998; Kratzer [et al.], 1997). Aquestes dades contrasten amb el fet que el risc de desenvolupar càlculs biliars sigui més elevat per als pacients amb cirrosi hepàtica.

Afeccions endocrines i metabòliques

Diabetis

La relació entre el consum d'alcohol i la diabetis de tipus II és una corba en forma d'U o de J: les dosis baixes redueixen el risc en comparació amb els abstemis, tant per als homes com per a les dones, mentre que les dosis altes l'augmenten (Anbani [et al.], 2000; Rimm [et al.], 1995; Perry [et al.], 1995; Stampfer [et al.], 1988; Hu [et al.], 2001; Rehm [et al.], 2004; Wei [et al.], 2000; Wannamethee [et al.], 2002). No tots els estudis arriben a aquesta conclusió (Holbrook [et al.], 1990; Monterrosa [et al.], 1995), però el motiu més probable és que el consum d'alcohol en dosis baixes (10-20 g d'alcohol al dia) faci augmentar la sensibilitat a la insulina (Facchini [et al.], 1994; Flanagan [et al.], 2000).

Augment de pes

Amb 7,1 kcal/g, l'alcohol és una font important d'energia (Lieber, 1988), per la qual cosa el seu consum afecta tots els components de l'equació energia-balanç. El contingut calòric de l'alcohol fa que el seu consum en quantitats moderades augmenti la quantitat d'energia ingerida (Rose [et al.], 1995), a més de la gana (Siler [et al.], 1998; Forsander, 1994). Les evidències experimentals provinents de diversos estudis del metabolisme demostren que el consum d'alcohol afavoreix el balanç positiu de greixos, per la qual cosa és un factor de risc per al desenvolupament d'un balanç energètic positiu i l'augment del pes. Habitualment, els greixos generats pel consum d'alcohol se situen a la zona abdominal (vegeu Suter, 2005). En els consumidors amb dependència de l'alcohol, és possible que una part important de l'energia generada per l'alcohol no pugui ser utilitzada per l'organisme a causa de la inducció del sistema microsomal, que oxida l'etanol (Levine [et al.], 2000), i de la substitució de les calories per part de l'alcohol en cas que la persona se salti àpats (Hillers i Massey, 1985; Rissanen [et al.], 1987).

Malgrat que un gran nombre d'estudis epidemiològics afirmen que hi ha una relació positiva entre el consum d'alcohol i el pes corporal (Gordon [et al.], 1983; Gordon i Doyle, 1986; Rissanen [et al.], 1991; Wannamethee i Shaper, 2003), no tots han arribat a aquesta conclu-

sió (Liu [et al.], 1995). Sembla ser que, en gran part, el motiu són les diferències de gènere, edat i ètnia (Klatsky [et al.], 1977; Suter [et al.], 1997; Suter, 2005). En un estudi realitzat amb restauradors suïssos, tot i que els abstemis presentaven un pes corporal superior al dels bevedors amb un consum baix d'alcohol (Meyer [et al.], 1999), si es restringia l'anàlisi als consumidors diaris d'alcohol, l'índex de massa corporal augmentava de manera lineal respecte a la dosi d'alcohol consumida fins a un consum diari de més de 125 g d'alcohol. Aparentment, l'alcohol té una gran importància com a factor de risc del sobrepès per als consumidors d'alcohol que ja en tenen i que segueixen una dieta rica en greixos (Suter [et al.], 1999).

Gota

Aparentment, l'alcohol augmenta el risc que apareguin quantitats elevades d'àcid úric a la sang de manera paral·lela a la dosi (Sugie [et al.], 2005), la qual cosa constitueix un factor de risc de la gota. A més, el risc de patir gota (una artritis inflamatòria) també augmenta de manera paral·lela a la dosi d'alcohol consumida (Choi [et al.], 2004).

Càncers

A més de ser un carcinogen, l'exposició a llarg termini a l'alcohol augmenta el risc de patir càncer de boca, esòfag (gola), larinx (via respiratòria superior), fetge i mama i, de manera més reduïda, el risc de patir càncer d'estómac, còlon i recte, en una relació lineal (figura 5.4), i sense cap evidència d'un efecte llindar (Bagnardi [et al.], 2001a; Bagnardi [et al.], 2001b). Es creu que un dels mecanismes mitjançant els quals l'alcohol induïx la carcinogènesi és la interacció del citocrom P-4502E1 (CYP2E1), el qual metabolitza l'etanol en acetaldehid i participa en el metabolisme de diversos procarcinògens (Poschl i Seitz, 2004). El risc anual de mort a causa de càncers relacionats amb l'alcohol (boca, esòfag, gola i fetge) augmenta de 14 casos per cada 100.000 persones per als homes de mitjana edat que no consumeixen alcohol fins a 50 casos per cada 100.000 persones per als consumidors de quatre begudes alcohòliques (40 g d'alcohol) o més al dia (Thun [et al.], 1997).

Càncer de mama

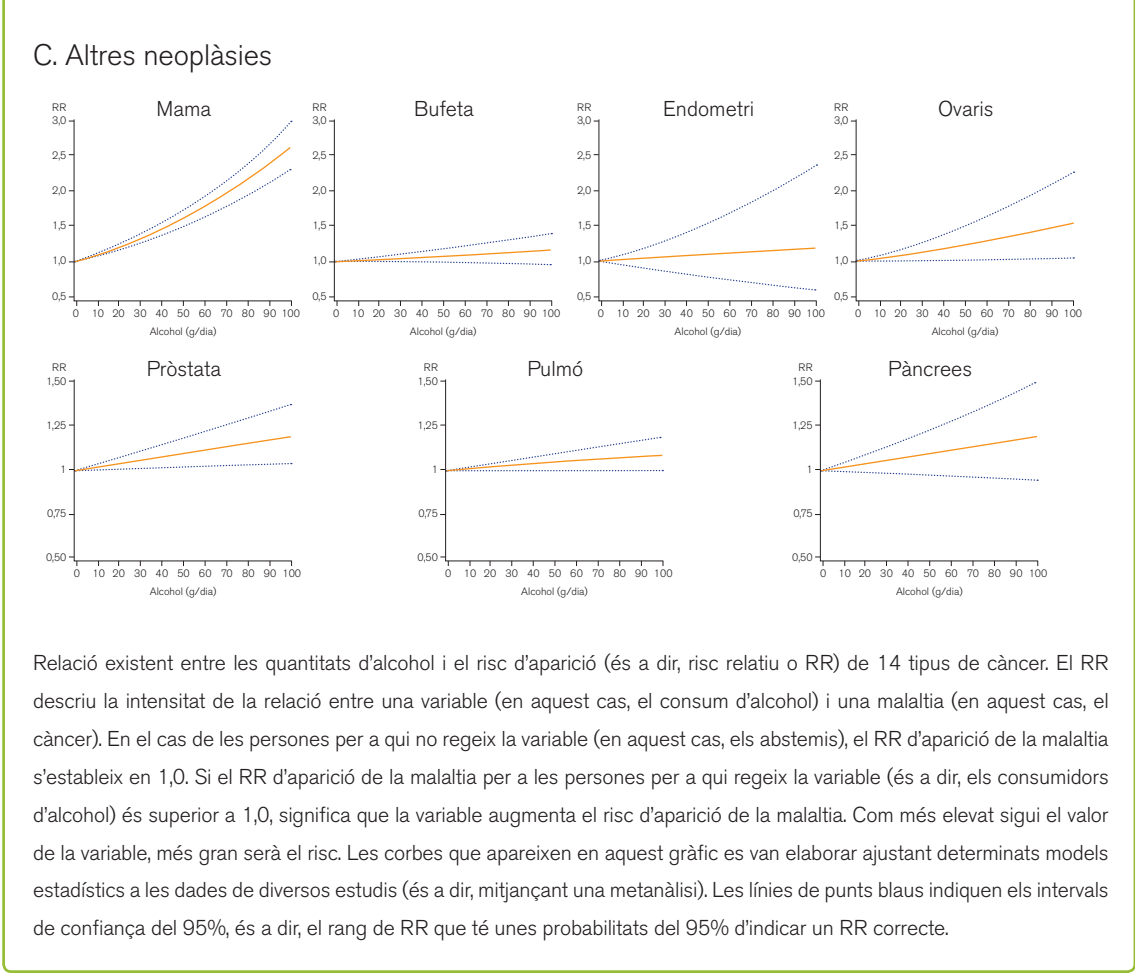
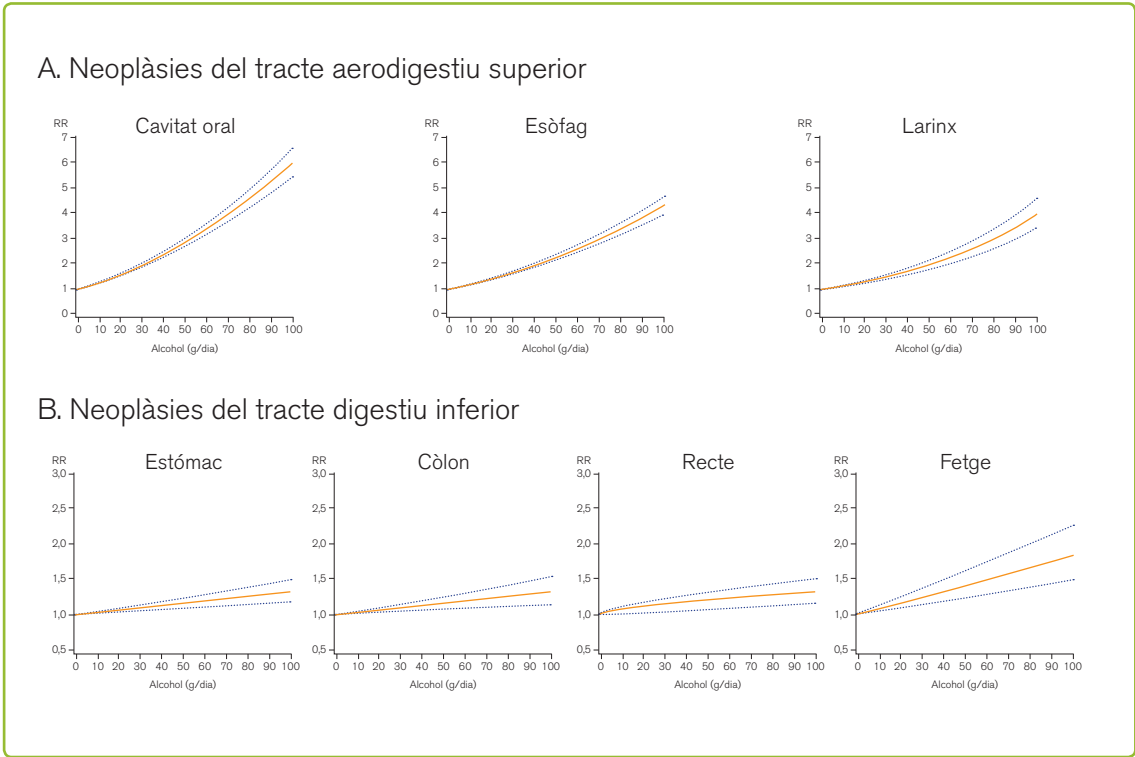
L'alcohol incrementa el risc de patir càncer de mama en les dones. El risc acumulat de patir aquesta malaltia a l'edat de 80 anys augmenta des de 88 casos per cada 1.000 persones per a les dones que no consumeixen alcohol fins a 133 casos per cada 1.000 persones per a les dones que, en el període de base, han consumit sis begudes alcohòliques (60 g) al dia.

S'han registrat evidències considerables que indiquen que l'alcohol augmenta el risc de patir càncer de mama (una de les principals causes de mortalitat entre dones joves) de manera paral·lela a la dosi consumida i en totes les edats (Grup de Col·laboració sobre els Factors Hormonals del Càncer de Mama, 2002). El risc acumulat a l'edat de 80 anys augmenta des de 88 casos per cada 1.000 dones que no consumeixen alcohol fins als 133 casos per cada 1.000 dones que, en el període de base, han consumit 6 begudes (60 g) al dia. És possible que l'alcohol augmenti el risc de patir càncer de mama mitjançant l'augment dels nivells d'hormones sexuals, els quals són un factor de risc conegut d'aquesta malaltia.

Segons una anàlisi conjunta de dades pertanyents a nou estudis de casos controlats, les persones que consumeixen alcohol tenen un risc menor de desenvolupar alguns limfomes no hodgkinians —un grup de malalties heterogènies caracteritzades per la transformació maligna de cèl·lules limfoides sanes— però no tots (Morton [et al.], 2005). No obstant això, el motiu de la disminució del risc no és el nivell de consum d'alcohol, ja que, segons aquest estudi, les persones que han estat consumidores d'alcohol presenten un risc semblant a les que no n'han consumit mai. Es desconeix fins a quin punt aquest fenomen es pot explicar per la presència d'algun factor de confusió.

Tal com s'ha indicat anteriorment, hi ha una relació constant entre l'alcohol i el càncer de pulmó (English [et al.], 1995), tot i que es considera que pot estar influïda per l'hàbit tabàquic (Bandera [et al.], 2001).

També hi ha estudis que han intentat esbrinar si l'alcohol és genotòxic o mutagènic, és a dir, una substància capaç d'induir canvis permanents en el funcionament de les cèl·lules, els teixits i els òrgans, la qual cosa pot contribuir al desenvolupament del càncer. Diversos estudis han suggerit que l'alcohol té un potencial genotòxic baix un cop metabolitzat (Obe i Anderson, 1987; Greim, 1998). Tot i que la importància d'aquest fet encara no està del tot clara (Phillips i Jenkinson, 2001), l'any 1999 l'Oficina Europea de Substàncies Químiques de la Comissió Europea va sospesar —sense arribar a cap decisió— una proposta per classificar l'etanol com a mutagènic de categoria 2 (substàncies que s'haurien de considerar mutagèniques per a l'home), d'acord amb el sistema de classificació (annex VI) de la Directiva de substàncies perilloses (67/548/CEE) de la Comissió Europea (Comissió Europea, 2005).



Relació existent entre les quantitats d'alcohol i el risc d'aparició (és a dir, risc relatiu o RR) de 14 tipus de càncer. El RR descriu la intensitat de la relació entre una variable (en aquest cas, el consum d'alcohol) i una malaltia (en aquest cas, el càncer). En el cas de les persones per a qui no regeix la variable (en aquest cas, els abstemis), el RR d'aparició de la malaltia s'estableix en 1,0. Si el RR d'aparició de la malaltia per a les persones per a qui regeix la variable (és a dir, els consumidors d'alcohol) és superior a 1,0, significa que la variable augmenta el risc d'aparició de la malaltia. Com més elevat sigui el valor de la variable, més gran serà el risc. Les corbes que apareixen en aquest gràfic es van elaborar ajustant determinats models estadístics a les dades de diversos estudis (és a dir, mitjançant una metanàlisi). Les línies de punts blaus indiquen els intervals de confiança del 95%, és a dir, el rang de RR que té unes probabilitats del 95% d'indicar un RR correcte.

Figura 5.4: Relació entre els nivells de consum d'alcohol i el risc de patir 14 tipus de càncer.

Font: Corrao [et al.], 2004.

Malalties cardiovasculars

(Per a més informació sobre la malaltia cardíaca coronària, vegeu l'apartat L'alcohol i el risc de patir cardiopaties, més endavant).

Hipertensió arterial

L'alcohol eleva la pressió sanguínia i augmenta el risc d'hipertensió arterial en funció de la dosi (Beilin [et al.], 1996; Curtis [et al.], 1997; English [et al.], 1995; Grobbee [et al.], 1999; Keil [et al.], 1997; Klatsky, 1996; Klatsky, 2001), tal com s'observa a la figura 5.5.

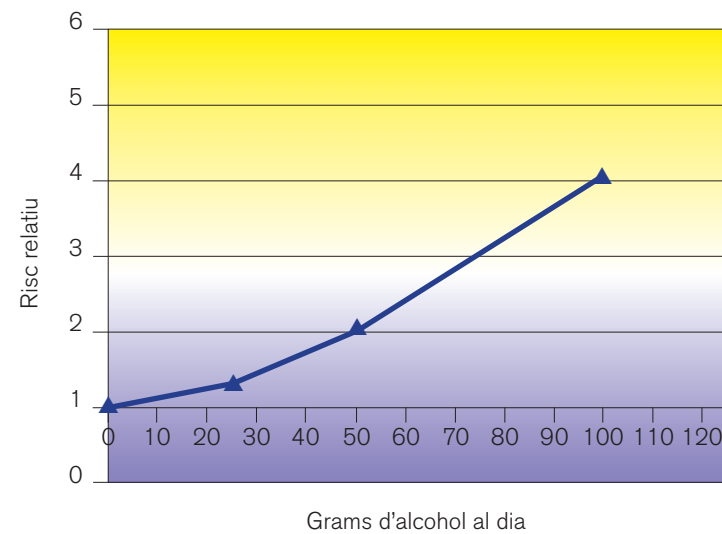


Figura 5.5: Riscs relatius d'hipertensió arterial per consum d'alcohol.

Font: Corrao [et al.], 1999.

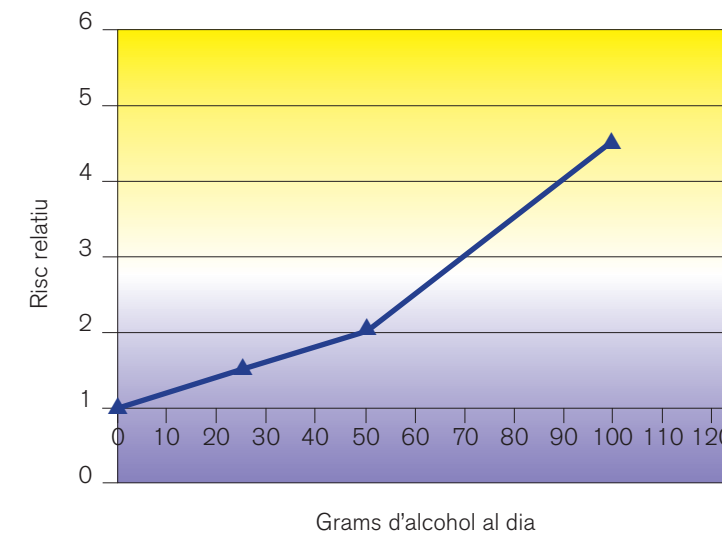


Figura 5.6: Riscs relatius d'apoplexia hemorràgica per dosi d'alcohol consumida.

Font: Corrao [et al.], 1999.

Apoplexia

L'apoplexia es pot dividir en dos tipus principals: l'apoplexia isquèmica, que es produeix quan una artèria que transporta la sang al cervell queda bloquejada, i l'apoplexia hemorràgica, la qual també inclou l'hemorràgia subaracnoïdal i es produeix després de l'hemorràgia d'un vas sanguini situat a l'interior del cervell. L'alcohol augmenta el risc d'apoplexia hemorràgica (Corrao [et al.], 1999; Reynolds [et al.], 2003), tal com mostra la figura 5.6. En un gran nombre d'estudis individuals s'ha arribat a la conclusió que el consum baix d'alcohol redueix el risc de patir una apoplexia isquèmica (Beilin [et al.], 1996; Hillbom, 1998; Keil [et al.], 1997; Kitamura [et al.], 1998; Knuiman i Vu, 1996; Sacco [et al.], 1999; Thun [et al.], 1997; Wannamethee i Shaper, 1996). Tot i que, segons una revisió sistemàtica que engloba tots aquests estudis, no hi ha cap evidència clara que indiqui que el consum reduït o de baix risc tingui algun efecte protector del risc d'apoplexia isquèmica o apoplexia global (Mazzaglia [et al.], 2001), una revisió més recent ha arribat a la conclusió que hi ha una relació evident en forma de J entre el consum d'alcohol i el risc d'apoplexia isquèmica. Segons aquesta relació, el consum de fins a 24 g d'alcohol diaris redueix el risc, mentre que el consum de 60 g o més d'alcohol diaris, l'augmenta (Reynolds [et al.], 2003). Aquesta relació està moderada per un genotip que influencia el colesterol de la lipoproteïna de densitat alta, que és un dels mediadors bioquímics de l'efecte protector. En absència del genotip, no hi ha cap relació estadística entre el consum d'alcohol i el risc d'apoplexia isquèmica, mentre que si es dona el genotip esmentat, el consum d'alcohol augmenta el risc (Mukamal [et al.], 2005).

Els episodis de consum intensiu són un factor de risc important tant per a l'apoplexia isquèmica com per a l'apoplexia hemorràgica, i, sobretot, són un factor causal rellevant d'apoplexia en adolescents i joves. Una de cada cinc apoplexies isquèmiques en persones de menys de 40 anys està relacionada amb l'alcohol, i aquesta relació és especialment acusada en el cas dels adolescents (Hillborn i Kaste, 1982).

Irregularitats en els ritmes cardíacs

Els episodis de consum intensiu fan augmentar el risc d'arítmies cardíques i mort sobtada coronària fins i tot en persones que no presenten cap evidència de patir una malaltia cardíaca (Robinette [et al.], 1979; Suhonen [et al.], 1987; Wannamethee i Shaper, 1992; Mukamal [et al.], 2005). Aparentment, la forma més habitual d'arítmia induïda per la combinació d'un consum elevat d'alcohol al llarg del temps i episodis de consum intensiu és la fibril·lació auricular. S'estima que en un 15-30% dels pacients amb fibril·lació auricular l'arítmia pot estar relacionada amb l'alcohol, i el 5-10% dels nous episodis de fibril·lació auricular s'expliquen pel consum de quantitats excessives d'alcohol (Rich [et al.], 1985).

Ritmes cardíacs

Els episodis de consum intensiu fan augmentar el risc d'arítmies cardíques i mort sobtada coronària fins i tot en persones que no presenten cap evidència de patir una malaltia cardíaca.

Cardiomiopatia

El consum elevat d'alcohol (més de 90 g al dia) durant un període prolongat de temps (cinc anys o més) pot provocar cardiomiopatia, una malaltia del múscul del cor (Urbano-Marquez [et al.], 1989) que fa que la mida del cor augmenti i la gruixària del múscul disminueixi (Piano, 2002). Segons un estudi, una tercera part dels homes que pateixen dependència de l'alcohol però no tenen símptomes de malalties cardíques tenen una funció cardíaca considerablement reduïda (Urbano-Marquez [et al.], 1989), amb un risc que augmenta amb el consum d'alcohol. Es desconeix fins a quin punt el consum d'alcohol en dosis reduïdes augmenta el risc de patir una cardiomiopatia.

Sistema immunològic

L'alcohol pot interferir en les funcions normals de diversos components del sistema immunològic (Nelson i Kolls, 2002), i el consum elevat d'alcohol pot provocar immunodeficiència

i fer augmentar la susceptibilitat respecte a certes malalties infeccioses (Departament de Salut i Serveis Humans dels EUA, 2000; Estruch, 2001) entre les quals s'inclouen la pneumònia (Fernandez-Sola [et al.], 1995), la tuberculosi (Cook, 1998) i, possiblement, el VIH (Meyerhoff, 2001). En part, la malnutrició i les malalties hepàtiques exacerben la immunodeficiència (Estruch, 2001).

Malalties pulmonars

La síndrome del destret respiratori agut és una forma greu de lesió pulmonar derivada d'infeccions a la sang, traumes, pneumònies i transfusions de sang (Guidot i Roman, 2002). Segons els estudis clínics duts a terme fins ara, tant el *consum de risc* com la dependència de l'alcohol fan augmentar el risc de patir la síndrome del destret respiratori agut de dues a quatre vegades en els pacients amb una sèpsia o un trauma, i poden influir en l'aparició de la síndrome en la meitat dels afectats (Guidot i Hart, 2005). Tot i que l'alcohol per si mateix no provoca lesions pulmonars agudes, sí que fa que el pulmó esdevingui susceptible als estressos inflamatoris de la sèpsia i el trauma. Als EUA, la síndrome del destret respiratori agut afecta entre 75.000 i 150.000 persones cada any (Guidot i Roman, 2002), és a dir, és la causa de tantes morts relacionades amb l'alcohol com la cirrosi. Es desconeix fins a quin punt hi ha una relació entre el consum baix d'alcohol i el risc de patir lesions pulmonars.

Complicacions postoperatòries

L'alcohol augmenta el risc de patir complicacions postoperatòries després d'intervencions de cirurgia general, incloses infeccions, problemes hemorràgics i insuficiències pulmonars que exigeixen una vigilància intensiva (Tønnesen i Kehlet, 1999). Segons un estudi espanyol, hi ha una relació dosi-resposta entre el consum d'alcohol i el risc d'ingressar en una unitat de cura intensiva després d'una intervenció de cirurgia general (Delgado-Rodríguez [et al.], 2003).

Afeccions òssies

Aparentment, hi ha una relació paral·lela a la dosi entre el consum d'alcohol i l'osteoporosi i el risc de patir fractures, tant per als homes com per a les dones (Departament de Salut i Serveis Humans dels EUA, 2000; Preedy [et al.], 2001). Pel que sembla, la relació entre el consum elevat d'alcohol i la disminució de la massa òssia i l'augment del risc de patir fractures és menys rellevant en les dones que en els homes (Sampson, 2002) i, fins i tot, hi ha evidències que, en general, les dones que consumeixen alcohol en petites dosis tenen una massa òssia superior a la de les dones abstèmies (Turner i Sibonga, 2001; Williams [et al.], 2005). No obstant això, en dosis elevades, l'alcohol redueix la massa òssia (Kogawa i Wada, 2005).

El consum de dosis elevades d'alcohol és un factor causal de manera paral·lela a la dosi de malalties musculars i disminució de la força dels músculs. Aquesta és, probablement, la causa més habitual de malaltia muscular, que afecta entre un i dos terços de les persones amb dependència de l'alcohol (Urbano-Marquez [et al.], 1989; Preedy [et al.], 2001).

Afeccions reproductives

L'alcohol pot tenir conseqüències negatives tant per a la reproducció masculina com femenina. El consum d'alcohol afecta les glàndules endocrines i les hormones que participen en la reproducció masculina i poden fer disminuir la fertilitat mitjançant la disfunció sexual o la reducció de la producció d'esperma (Emanuele i Emanuele, 2001). El consum d'alcohol durant la primera etapa de l'adolescència pot eliminar la secreció de les hormones reproductores femenines i, per tant, retardar la pubertat de l'adolescent i afectar negativament la maduració del seu sistema reproductor (Dees [et al.], 2001). Un cop passada la pubertat, l'alcohol distorsiona el cicle menstrual, amb la qual cosa la fertilitat disminueix (Emanuele [et al.], 2002). També hi ha evidències que l'alcohol és un factor de risc per als comportaments sexuals arriscats (Markos, 2005).

Afeccions prenatales

S'ha observat que l'alcohol té una toxicitat reproductiva. L'exposició a l'alcohol durant l'embaràs es pot relacionar amb un patró distintiu de déficits intel·lectuals que es manifesten durant la infància i inclouen disminucions del funcionament intel·lectual general i les habilitats acadèmiques, a més de déficits en l'aprenentatge verbal, la memòria espacial i el raonament, el temps de reacció, l'equilibri i altres habilitats cognitives i motrius (Mattson [et al.], 2001; Chen [et al.], 2003; Koditowakko [et al.], 2003). Aparentment, quan la persona arriba a l'adolescència i l'edat adulta, alguns déficits (per exemple, els problemes d'interacció social) empitjoren, fins al punt que, en alguns casos, poden fer augmentar l'índex de trastorns mentals (Jacobson i Jacobson, 2002). Tot i que aquests déficits són més greus i s'han documentat sobretot en nens amb la síndrome alcohòlica fetal, els nens que, durant la fase prenatal, estan exposats a nivells inferiors d'alcohol poden patir problemes semblants (Gunzerath [et al.], 2004) de manera paral·lela a la dosi (Sood [et al.], 2001), exacerbats per episodis de consum intensiu (Jacobson i Jacobson, 1994; Jacobson [et al.], 1998; Streissguth [et al.], 1993, 1994).

Embaràs

L'alcohol, fins i tot en volums de consum mitjà baixos, i sobretot durant el primer trimestre de l'embaràs, pot fer augmentar el risc d'avortament espontani, baix pes en néixer, part prematur i retard del creixement intrauterí.

Hi ha evidències que indiquen que el consum d'alcohol, fins i tot en dosis mitjanes petites i sobretot durant el primer trimestre d'embaràs, pot fer augmentar el risc d'avortament espontani, baix pes en néixer, part prematur i retard del creixement intrauterí (Abel, 1997; Bradley [et al.], 1998; Windham [et al.], 1997; Albertsen [et al.], 2004; Rehm [et al.], 2004; Albertsen [et al.], 2004). També hi ha algunes evidències que suggereixen la possibilitat que l'alcohol redueixi la producció de llet en les mares que alleten els seus fills (Mennella, 2001; Gunzerath [et al.], 2004).

L'alcohol i el risc de patir cardiopaties

Funció en forma de J

El consum d'alcohol en petites dosis redueix el risc de patir malalties cardíques coronàries (Gunzerath *[et al.]*, 2004). Tot i així, als estudis definits objectivament com de més qualitat, l'efecte protector de l'alcohol és més reduït que als estudis de menys qualitat (Corrao *[et al.]*, 2000). En una revisió dels estudis de més qualitat s'ha trobat que el risc de patir malalties cardíques coronàries de les persones que consumeixen 20 g d'alcohol (dues begudes alcohòliques) al dia disminueix un 80% en comparació al de les persones que no consumeixen alcohol (figura 5.7). En bona part, aquest risc es redueix si la persona pren una beguda cada dos dies. Un cop superades les dues begudes al dia (el nivell de consum d'alcohol amb un risc més baix) el risc de patir malalties cardíques augmenta fins que, amb un consum de 80 g d'alcohol al dia, arriba a superar el d'un abstemi.

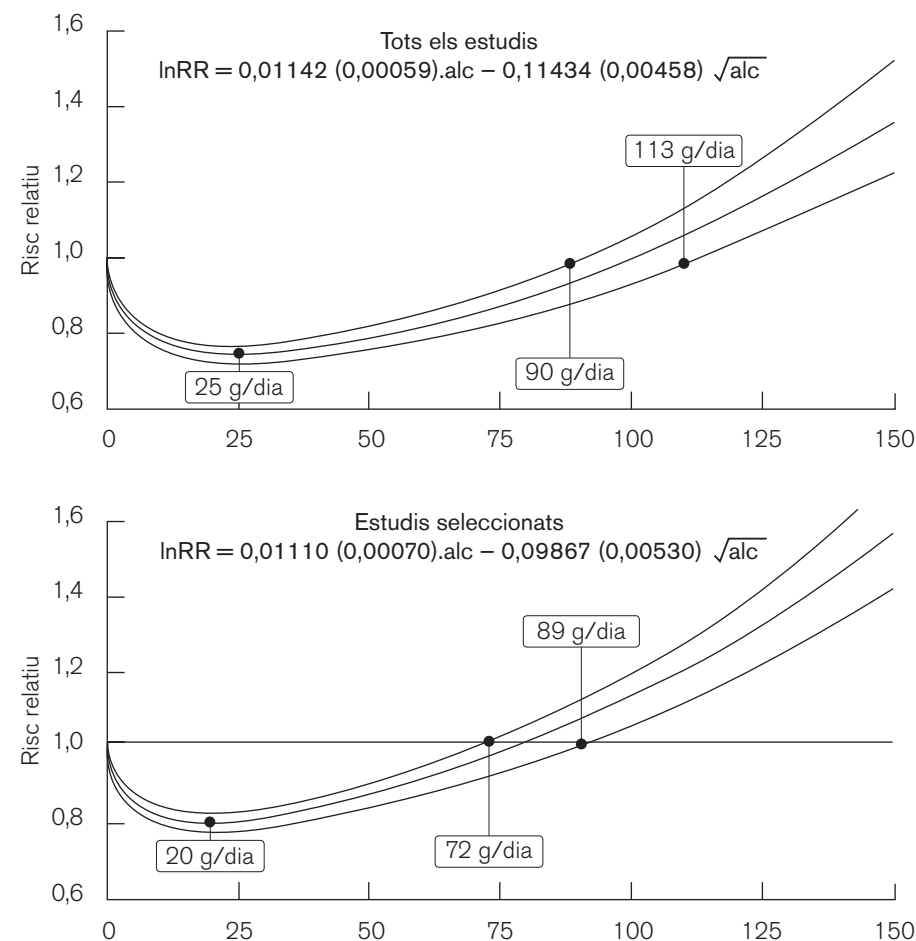


Figura 5.7: Funcions (i intervals de confiança del 95% corresponents) que descriuen la relació dosi-resposta entre el consum d'alcohol registrat i el risc relatiu de malaltia cardíaca coronària, obtingudes analitzant els 51 estudis inclosos i els 28 estudis de cohorts seleccionats als quals es va assignar una puntuació qualitativa més elevada. S'indiquen els models ajustats (amb errors estàndard entre parèntesis) i tres nivells d'exposició crítica (punt nadir, màxima dosi amb què s'observen evidències estadístiques de l'efecte protector i mínima dosi amb què s'observen evidències estadístiques de l'efecte perjudicial).

Extret de: Corrao *[et al.]*, 2000.

L'alcohol té un efecte protector més acusat per als atacs de cor no mortals que per als mortals, tant per als homes i les dones dels estudis duts a terme en països mediterranis com per a la resta. L'efecte de l'alcohol en la reducció del risc només és rellevant en els adults de mitjana edat o més grans, que presenten un risc més elevat de cardiopatia. Al quadre 5.3 es resumeixen tots els beneficis per a la salut que ofereix l'alcohol a la persona que el consumeix.

Impacte de les dosis elevades

Tot i que és possible que les dosis reduïdes d'alcohol tinguin un efecte protector contra la cardiopatia, les dosis elevades n'augmenten el risc, i les ocasions de consum elevat d'alcohol poden precipitar arítmies cardíques, isquèmies miocardiàques o infarts i morts coronàries (Trevisan *[et al.]*, 2001a; Trevisan *[et al.]*, 2001b; Murray *[et al.]*, 2002; Gmel *[et al.]*, 2003; Britton i Marmot, 2004; Trevisan *[et al.]*, 2004).

Malaltia cardíaca coronària

El consum d'alcohol en petites dosis redueix el risc de patir malalties cardíques coronàries en un 80% si es consumeixen dues begudes alcohòliques (20 g d'alcohol) al dia. Si la dosi diària supera les dues begudes alcohòliques (el nivell de consum d'alcohol que comporta menys risc), el risc de patir una cardiopatia augmenta fins que, amb un consum diari de més de 80 g d'alcohol, arriba a superar el d'un abstemi.

Base bioquímica

La relació entre el consum d'alcohol i el risc de patir malalties cardíques coronàries és plausible des del punt de vista biològic i independent del tipus de beguda consumida (Mukamal *[et al.]*, 2003; Mukamal *[et al.]*, 2005). El consum d'alcohol fa augmentar els nivells de colesterol de la lipoproteïna de densitat alta (Klatsky, 1999). Aquesta lipoproteïna elimina els dipòsits greixosos presents als vasos sanguinis i redueix el risc de mort per malaltia cardíaca coronària. A més, el consum d'alcohol de baix risc afecta favorablement els perfils de coagulació de la sang i, per tant, redueix el risc de patir cardiopaties (McKenzie i Eisenberg, 1996; Reeder *[et al.]*, 1996; Gorinstein *[et al.]*, 2003; Imhof i Koenig, 2003; Burger *[et al.]*, 2004). És probable que l'alcohol tingui un impacte immediat en els mecanismes de coagulació i, atès que la modificació de lípids als grups d'edat més avançada és molt beneficiosa per a l'organisme, també és possible que aquest impacte, influït per l'augment dels nivells de colesterol HDL, es produeixi gràcies al consum d'alcohol durant la mitjana edat.

Els canvis bioquímics que poden reduir el risc de patir una cardiopatia, que es produeixen tant si es consumeix cervesa, vi o licors, són causats pels polifenols i l'etanol (Gorinstein i Trakhtenberg, 2003). Tot i així, cal tenir en compte que, encara que el vi negre tingui el contingut més elevat de polifenols, ni el suc de raïm ni el vi dels quals s'ha extret l'alcohol no produeixen canvis bioquímics (Sierksma, 2003; Hansen *[et al.]*, 2005). En contrast amb aquests canvis bioquímics, hi ha evidències que el consum d'alcohol, de manera paral·lela a la dosi, i els episodis de consum intensiu augmenten el risc de patir calcificació de les artèries coronàries en adults joves (Pletcher *[et al.]*, 2005), un marcador de l'arteriosclerosi que anticipa una futura cardiopatia (Pletcher *[et al.]*, 2004).

La relació en forma de J no apareix a tots els estudis

Tot i que molts estudis relacionen el consum baix d'alcohol amb una reducció del risc de patir malalties cardíaques coronàries, no tots arriben a les mateixes conclusions. Segons un estudi realitzat amb homes escocesos amb feina de més de 21 anys d'edat, els abstemis no presenten un risc més elevat de malaltia cardíaca coronària que els bevedors amb un consum reduït o de baix risc (Hart [et al.], 1999). Altres estudis realitzats amb una població general, els participants dels quals han reduït el consum d'alcohol, aparentment, a causa de la seva mala salut, no mostren cap diferència entre l'índex de mortalitat dels bevedors amb un consum baix d'alcohol i els abstemis (Fillmore [et al.], 1998a, Fillmore [et al.], 1998b; Leino [et al.], 1998). D'altra banda, una metanàlisi de 54 estudis publicats ha posat a prova fins a quin punt es comet un error sistemàtic en la classificació de participants quan s'inclouen a la categoria abstemis molts participants que han reduït o interromput el seu consum d'alcohol, un fenomen que es relaciona amb l'envelliment i la mala salut. Als estudis en què s'ha considerat que no hi havia errors, no s'ha identificat cap efecte cardioprotector significatiu, la qual cosa indica la possibilitat que aquest efecte s'hagi sobrevalorat (Fillmore [et al.], 2006).

Quadre 5.3. Beneficis de l'alcohol per al consumidor

Fenomen		Resum de les conclusions
Benestar social	Plaer	Els estudis de població general han arribat a la conclusió que la gent relaciona el consum d'alcohol amb sensacions positives i una millora subjectiva de la salut, i que en això hi influeixen la cultura, l'entorn de consum d'alcohol i les expectatives de la gent pel que fa als seus efectes.
	Feina	Hi ha una relació en forma de J entre el consum d'alcohol i l'absentisme laboral per malaltia, segons la qual és possible que els abstemis tinguin més problemes de salut.
Afeccions neuropsiquiàtriques	Funcions cognitives i demència	El consum baix d'alcohol pot reduir el risc de patir demència d'origen vascular. Encara no s'ha arribat a una conclusió sobre els efectes de l'alcohol sobre l'Alzheimer i la cognició, atès que uns estudis indiquen que són positius i altres que no.
Afeccions gastrointestinals, endocrines i metabòliques	Càlculs biliars	Algunes evidències suggereixen que l'alcohol redueix el risc de patir càlculs biliars, tot i que no tots els estudis que s'han dut a terme sobre aquesta qüestió arriben a la mateixa conclusió.
	Diabetis de tipus II	Aparentment, la relació entre l'alcohol i la diabetis de tipus II té forma d'U. En aquesta relació, les dosis reduïdes d'alcohol redueixen el risc d'aparició de la malaltia en comparació amb els abstemis, i les dosis elevades, l'augmenten. No tots els estudis han arribat a la conclusió que el consum baix d'alcohol redueixi el risc de patir aquesta malaltia.

Fenomen		Resum de les conclusions
Malalties cardiovasculars	Apoplexia isquèmica	Entre el consum d'alcohol i el risc d'apoplexia isquèmica hi ha una relació en forma de J. El consum baix d'alcohol (de 0 g a 24 g al dia) redueix el risc d'aparició de la malaltia.
	Malaltia cardíaca coronària	Entre el consum d'alcohol i el risc de patir malalties cardíaques coronàries hi ha una relació en forma de J. En una metanàlisi s'ha estimat que el risc de patir malalties cardíaques coronàries és un 20% menor amb un nivell de consum de 20 g al dia. No obstant això, l'efecte protector de l'alcohol disminueix en edats molt avançades. Tot i que la relació entre el consum d'alcohol i el risc de patir malalties cardíaques coronàries és plausible des del punt de vista biològic, encara es qüestiona si els efectes positius de l'alcohol s'han sobrevalorat a causa de problemes de mesurament i factors de distorsió que no s'han aconseguit controlar de manera adequada en tots els estudis.
Afeccions òssies		Algunes evidències indiquen que les dones que consumeixen alcohol en petites dosis acostumen a tenir una massa òssia superior a la de les dones abstèmies.
Mortalitat total		Pel que fa a la gent gran, les persones amb un consum baix d'alcohol tenen un risc general de mort més reduït que els abstemis. Segons un estudi realitzat al Regne Unit, el nivell de consum d'alcohol que provocava menys risc de mort total (nadir) equival a 4 g al dia per a les dones de 65 anys o més, i 11 g al dia per a als homes de 65 anys o més.

Estil de vida menys saludable en els abstemis

Alguns estudis duts a terme a Anglaterra i els EUA han arribat a la conclusió que, en comparació amb els abstemis, en general, les persones amb un consum baix d'alcohol solen tenir un estil de vida més saludable pel que fa a la dieta, l'activitat física i l'abstinència del tabac (Wannamathee i Shaper, 1999; Barefoot [et al.], 2002), a més de rendes més elevades (Hamilton i Hamilton, 1997; Zarkin [et al.], 1998). Alguns experts suggereixen que aquests factors podrien explicar el fet que, aparentment, els abstemis tinguin un risc més elevat de patir una cardiopatia que els bevedors amb un consum baix. Malgrat les divergències d'un estudi finlandès (Poikolainen [et al.], 2005), sovint es considera que els abstemis són persones d'edat avançada i que no són de raça blanca, vídues o que no s'han casat mai, amb menys formació i renda que la resta, que no disposen d'accés a serveis d'assistència sanitària o assistència sanitària preventiva, amb afeccions sanitàries comòrbides com la diabetis i la hipertensió arterial, amb nivells inferiors de salut mental, amb més possibilitats de necessitar equipament mèdic que la resta, amb més mala salut global i amb un risc més elevat de malaltia cardiovascular (Naimi [et al.], 2005). Per als factors en què hi ha diverses categories de risc, s'observa una relació gradual entre el nivell de risc i les probabilitats de ser abstemi.

Segons un estudi australià, els abstemis presenten una sèrie de característiques relacionades amb l'ansietat, la depressió i altres manifestacions de mala salut, com per exemple l'ocupació de llocs de treball poc importants, un nivell educatiu més baix, dificultats financeres, manca de suport social i experiències vitals recents estressants, a més d'un risc més elevat de depressió. Tots aquests factors podrien explicar per què aquests abstemis tenen un risc de patir una cardiopatia més elevat que les persones amb un consum baix d'alcohol (Rodgers [et al.], 2000; Greenfield [et al.], 2002). Segons un estudi nord-americà, el consum d'alcohol redueix el risc de patir malalties cardíques coronàries en els homes blancs, però l'augmenta en els homes negres, de la qual cosa es pot deduir que els resultats que demostren l'efecte cardioprotector de l'alcohol poden haver estat distorsionats per les característiques de l'estil de vida dels consumidors d'alcohol (Fuchs [et al.], 2004).

Risc més elevat segons el consum al llarg de la vida

L'Estudi regional de cardiologia britànic (*British Regional Heart Study*) ha confirmat que, atès que el consum d'alcohol tendeix a disminuir amb l'edat, els estudis epidemiològics basats en el període de base infravaloren el risc (Emberson [et al.], 2005). Segons aquest estudi, el consum d'alcohol durant el període de base presenta, en un principi, una relació en forma d'U tant amb la malaltia cardiovascular com amb la mortalitat per qualsevol causa. Els participants amb un consum baix d'alcohol són els qui tenien menys risc, i els abstemis i els bevedors amb un consum elevat d'alcohol, els qui en tenen més. Tanmateix, un cop ajustades les dades per al consum mitjà durant els 20 anys de duració de l'estudi, els riscos relacionats amb l'abstinència disminueixen i els riscos relacionats amb el consum de baix risc i el consum elevat augmenten, tal com s'aprecia a la figura 5.8.

De la mateixa manera, segons aquest estudi, les persones que regularment consumeixen quantitats elevades d'alcohol tenen un 74% més de risc de patir un episodi coronari greu, un 133% més de risc de patir una apoplexia i un 127% més de risc de mort per qualsevol causa que els consumidors ocasionals d'alcohol (abans d'ajustar les dades per a la variació del consum, aquests riscos equivalien a un 8%, 54% i 44%, respectivament). També és important assenyalar que, com més es prolonga el seguiment dels participants de l'estudi, més disminueix la reducció del risc gràcies al consum d'alcohol, fins que arriba a desaparèixer (Nielsen [et al.], 2005).

Menys protecció en edats molt avançades

No hi ha gaires estudis que hagin analitzat l'evolució del risc relatiu existent entre el consum d'alcohol i la cardiopatia en edats avançades (Grønbaek [et al.], 1998). En general, amb l'edat, els riscos relatius per als factors de risc de malaltia cardíaca coronària tendeixen a convergir cap a 1,0 (Abbott [et al.], 1997), inclòs el consum d'alcohol (Abrams [et al.], 1995). L'Estudi de cardiologia de Honolulu (*Honolulu Heart Study*) ha arribat a la conclusió que, si es comparen els consumidors d'alcohol amb els abstemis, amb l'edat, el risc relatiu convergeix cap a 1,0, és a dir, que no hi ha evidències que l'alcohol tingui un efecte protector en els homes de 75 anys o més (Abbott [et al.], 2002). A més, als certificats de defunció d'aquest grup d'edat, el nombre de malalties cardíques coronàries registrades com a causa de mort supera la xifra real. Segons l'Estudi de cardiologia de Framingham (*Framingham Heart Study*), el registre erroni de malalties cardíques coronàries com a causa de defunció augmenta de manera exponencial amb l'edat, fins al punt que, en les persones que moren als 85 anys o més, aquest fenomen es duplica (Lloyd-Jones [et al.], 1998).

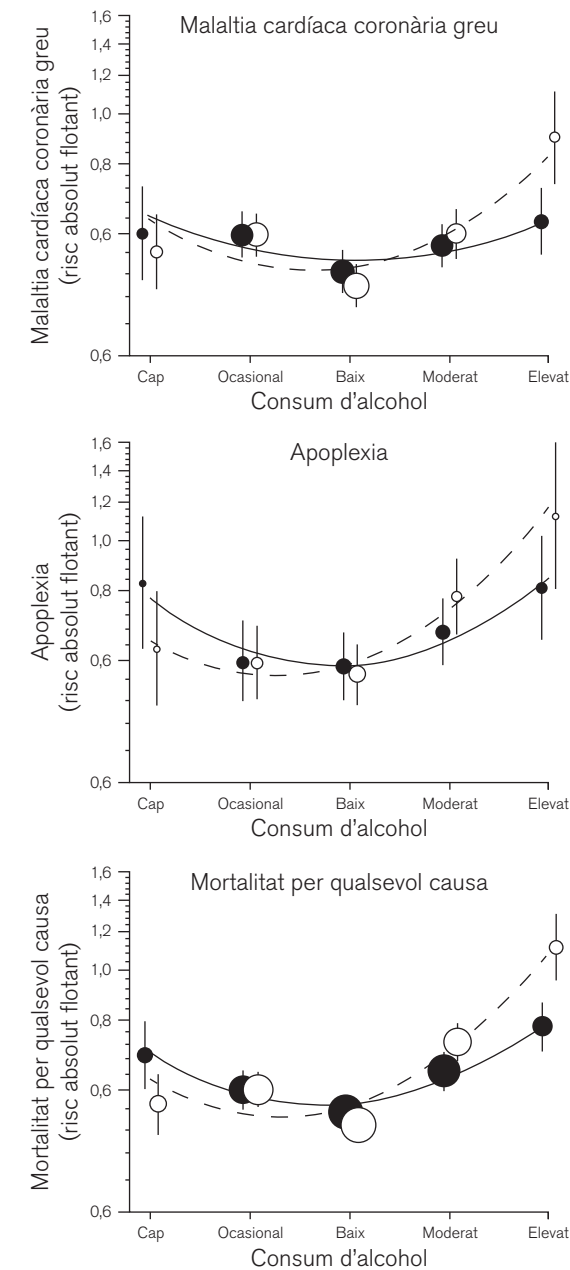


Figura 5.8: Perill relatiu de malaltia cardíaca coronària greu (mort coronària i infart de miocardi no mortal), apoplexia i mortalitat per qualsevol causa segons el consum d'alcohol entre els homes que van participar en l'Estudi regional de cardiologia britànic, que, en un principi, no tenien cap malaltia cardiovascular i van rebre un seguiment des de 1978/1980 fins a 1998/2000. Els cercles negres i la línia contínua representen els nivells de consum d'alcohol durant el període de base, i els cercles blancs i la línia de punts representen els nivells «habituals» de consum d'alcohol obtinguts després d'ajustar les dades a la variació individual en el consum d'alcohol. La mida de cada símbol indica la quantitat d'informació estadística en què es basa l'estimació corresponent. Les línies verticals mostren uns intervals de confiança del 95% per als riscos absoluts.

Font: Emberson [et al.], 2005.

Hi ha algun nivell de consum d'alcohol exempt de riscos?

La forma de la relació existent entre el consum d'alcohol i la mortalitat depèn tant de la distribució de les causes de mortalitat en la població estudiada com del nivell i els patrons de consum d'alcohol d'aquesta població. En els joves predominen les morts per accidents i violència (potenciades pel consum d'alcohol), mentre que les morts per malaltia cardíaca coronària (les quals redueix el consum d'alcohol) són poc habituals. Aquesta relació s'inverteix en les persones de més edat. Algunes evidències indiquen que, amb qualsevol volum de consum d'alcohol, les persones que el superin en una ocasió concreta presenten un risc de mort més elevat (Tolstrup [et al.], 2004).

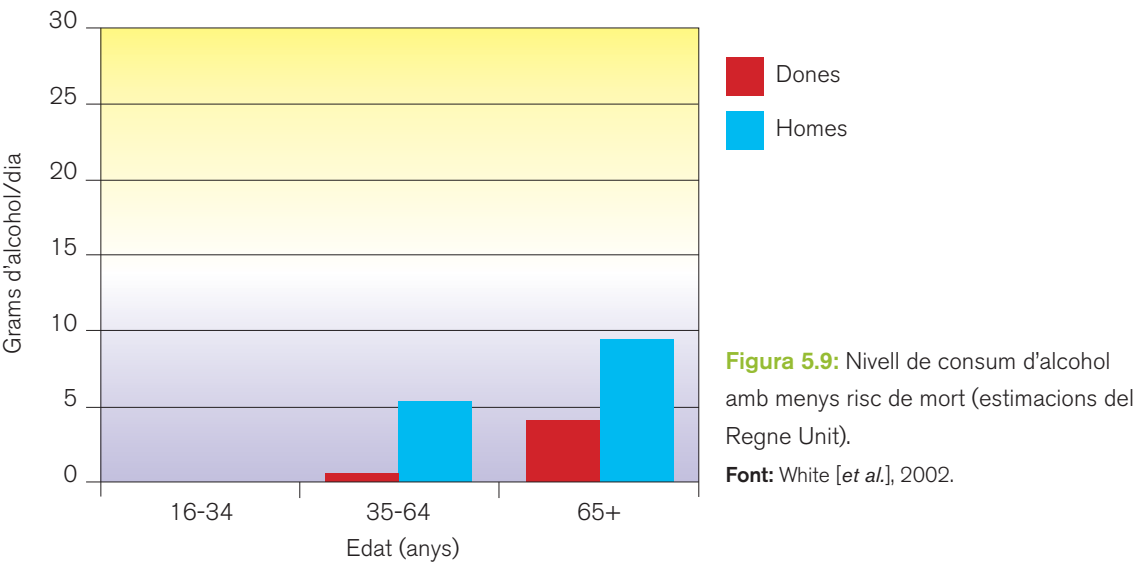
El risc de mort

El nivell de consum d'alcohol que genera menys risc de mort és el nivell zero per a les dones de menys de 45 anys i els homes de menys de 35 anys, 4 g al dia per a les dones de 65 anys o més, i 11 g al dia per als homes de 65 anys o més.

En les poblacions o grups amb un risc baix de malaltia coronària cardíaca (entre els quals hi ha els joves de tot el món), la relació entre el consum d'alcohol i el risc de mort és positiva i molt lineal. En canvi, en les poblacions amb índexs elevats de malaltia cardíaca coronària, aquesta relació té forma de J o, en el cas de les persones grans, d'U. L'edat en què la relació passa de ser lineal a tenir forma de J o d'U depèn de la distribució de les causes de mortalitat, però es pot afirmar que, als països europeus, aquest canvi es produeix en una edat de defunció d'entre 50 i 60 anys (Rehm i Sempas, 1995). Al capítol 6 s'analitzaran els efectes d'aquesta corba de risc canviant en els nivells generals de salut a Europa.

Tal com passa en el cas de les malalties cardíques coronàries, el nivell de consum individual d'alcohol relacionat amb el risc més petit de mort varia d'un país a l'altre. Per exemple, als estudis realitzats a països d'Europa central i del sud (on els nivells de consum són més alts, si més no, fins fa poc) el nivell de consum relacionat amb l'índex més baix de mortalitat és més elevat (Farchi [et al.], 1992; Brenner [et al.], 1997; Keil [et al.], 1997; Renaud [et al.], 1998) que als països amb un nivell de consum d'alcohol inferior (English [et al.], 1995; White, 1999).

Al Regne Unit, s'estima que el nivell de consum d'alcohol que comporta menys risc de mort equival a 0 g al dia per a les dones de menys de 45 anys, 3 g al dia per a les dones de 45 a 64 anys i 4 g al dia a partir dels 65 anys d'edat (figura 5.9).



Tècniques analítiques i la corba en forma de J

La manera de formular les preguntes sobre el consum d'alcohol als qüestionaris fa que els estudis que relacionen els nivells de consum amb el risc de patir danys resumeixin el consum alcohòlic en categories separades, mentre que la distribució entre els individus és contínua. A més, dividir la ingesta d'alcohol en categories presenta diversos inconvenients: es poden confondre els individus amb més i menys risc (per exemple, al grup amb un consum més elevat d'alcohol) i, per tant, diluir la influència estimada, o bé el nombre i l'establiment dels límits per a cada categoria poden afectar les estimacions i, consegüentment, el nivell de consum d'alcohol amb menys risc de causar mala salut. Per superar aquest problema, es pot emprar una tècnica estadística anomenada *models additius generalitzats* (Hastie i Tibshirani, 1990).

Aquests models estadístics s'han aplicat a l'Estudi de cardiologia de Copenhaguen (*Copenhagen Heart Study*), segons el qual la relació entre el consum d'alcohol i el risc de mort depèn de si els abstemis (definites, en aquest estudi, com les persones que consumeixen menys de 12 g d'alcohol a la setmana) formen part de l'anàlisi (Johansen [et al.], 2005). Si s'inclou aquest col·lectiu a l'anàlisi, el resultat és una relació en forma de J, tal com s'aprecia a la figura 5.10 (línia blava), en la qual, com és habitual, les persones amb un consum més baix d'alcohol presenten un risc menor de mort amb un consum màxim d'una beguda alcohòlica al dia, en el cas de les dones, i dues begudes, en el cas dels homes. No obstant això, si a l'anàlisi no es tenen en compte els abstemis, s'observa una relació lineal positiva entre el consum d'alcohol i el risc de mort, tant per als homes com per a les dones (línia vermella). Aquesta anàlisi suggereix que qualsevol persona que consumeixi 12 g o més d'alcohol a la setmana presenta un risc més elevat de mort, fins i tot en cas de consum baix, sense evidències d'un efecte lliandar (és a dir, el risc no augmenta a partir d'un cert nivell de consum, sinó que la relació té forma de línia recta).

Així doncs, aquest estudi arriba a les següents conclusions: en primer lloc, que la corba que relaciona l'alcohol i el risc de mort té forma de J perquè les persones que consumeixen menys d'una beguda alcohòlica a la setmana tenen un risc més elevat de mort, i no per un efecte beneficiós de l'alcohol; en segon lloc, que les corbes en forma de J sobrevaloren l'augment del risc de mort de les persones amb un consum molt baix d'alcohol (és a dir, la primera part de la corba) en comparació amb les persones amb el nivell de consum alcohòlic amb el risc més baix de mort; i, en darrer lloc, que, en les corbes en forma de J, el nivell de consum d'alcohol que genera menys risc de mort és massa elevat.

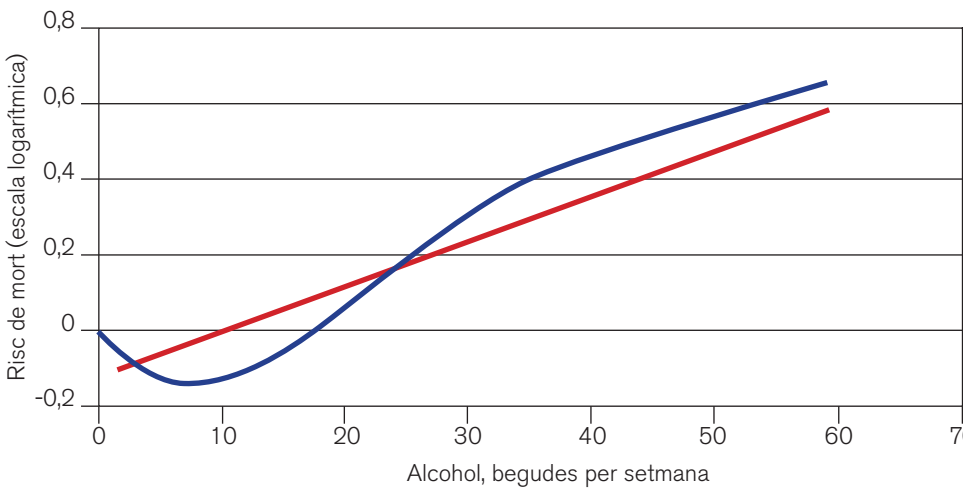


Figura 5.10: Risc de mort en els homes quan els abstemis s'inclouen a l'anàlisi (línia blava) i quan n'estan exclosos (línia vermella).
Font: Johansen [et al.], 2005, Estudi de cardiologia de Copenhaguen. Calculat emprant models additius generalitzats.

El quadre 5.4 resumeix l'impacte de l'alcohol sobre la salut al llarg de tota la vida de la persona.

Què determina el risc d'emmalaltir relacionat amb l'alcohol?

Fa 2.500 anys, Hipòcrates va escriure que, quan una persona arribava a una ciutat nova, era recomanable que intentés descobrir si era un lloc saludable per viure observant la seva geografia i el comportament dels seus habitants («si són aficionats a beure en excés») (Hipòcrates). Segons Hipòcrates, «en general, la constitució i els hàbits de la gent segueixen la natura del lloc on viuen». La influència de la zona i la població del lloc on viu l'individu queda palesa als estudis de migracions a gran escala d'una cultura a una altra, en els quals, per exemple, si els individus emigren d'una cultura de baix risc a una altra d'alt risc i assumeixen l'estil de vida d'aquesta darrera, s'observa un augment tant en els factors de risc com en el percentatge de malalties cardíaques coronàries (Kagan, [et al.], 1974). En altres paraules, el comportament i la salut de les persones estan molt influenciats per les característiques col·lectives i les normes socials d'una societat. Al capítol 6 s'analitzarà que aquesta afirmació, que es pot aplicar a diversos factors de risc i afeccions (Rose, 1992), inclòs el suïcidi (Durkheim, traduït per Spaulding i Simpson, 1952), també és vàlida per a l'alcohol, atès que hi ha una relació entre el consum global d'alcohol per capita i el nombre d'individus amb un consum d'alcohol perjudicial i trastorns en el consum d'alcohol que hi ha en una població (Skog, 1991; Lemmens, 2001; Academy of Medical Sciences, 2004). A la resta d'aquest apartat es descriuen altres factors que influeixen de manera directa en el risc d'aparició de problemes de salut relacionats amb l'alcohol.

Influències genètiques

El context genètic condiciona el risc de patir trastorns en el consum d'alcohol. L'estructura clàssica d'estudi de bessons compara les semblances, en una afecció concreta, entre bessons monozigòtics (bessons idèntics) i bessons dizigòtics (bessons fraters) per tal de determinar fins a quin punt la genètica, o heretabilitat, tenen influència en l'afecció. L'heretabilitat es pot calcular perquè els bessons monozigòtics són genèticament idèntics, mentre que els bessons dizigòtics només comparteixen la meitat dels seus gens. El mètode es basa en la *presumpció d'entorn igual*, és a dir, que la similitud entre els entorns dels dos individus d'una parella de bessons monozigòtics és la mateixa que la similitud entre els entorns dels dos individus d'una parella de bessons dizigòtics, tot i que hi ha una interacció clara entre els gens i l'entorn (Heath i Nelson 2002).

Malgrat que els estudis de bessons no identifiquen els gens específics que exerceixen influència en l'afecció, sí que proporcionen informació rellevant sobre l'impacte genètic de l'afecció (propietats més generals del patró d'herència com, per exemple, si els gens actuen independentment els uns dels altres o conjuntament, per influenciar una afecció), quins aspectes de l'afecció són més heretables, si els mateixos gens tenen influència en una afecció en ambdós gèneres i si les afeccions múltiples comparteixen alguna influència genètica comuna. Si la informació obtinguda dels bessons es completa amb dades dels membres de la seva família, l'estudi s'anomena *estudi de bessons i família* i pot proporcionar informació més precisa per estudiar si els pares transmeten una afecció conductual als seus descendents genèticament o a través d'algun aspecte de l'entorn familiar (transmissió cultural). Si es recullen dades referents a l'entorn, els estudis de bessons i els estudis de bessons i família poden proporcionar informació sobre la manera com interactuen els factors de l'entorn i la predisposició genètica quan es produeix una afecció.

Quadre 5.4: L'alcohol i la salut al llarg de la vida.

	Prenatal	Infància	Adults joves	Mitjana edat	Gent gran
Conseqüències socials			Plaers socials de l'alcohol per als consumidors.		
			Les conseqüències socials negatives de l'alcohol afecten persones de totes les edats.		
Lesions			Els adults joves solen ser-ne els causants i, alhora, corren un risc especial de ser-ne víctimes.		
			Les lesions intencionades i inintencionades afecten persones de totes les edats.		
Afeccions neuropsiquiàtriques			Els adults joves solen ser els causants de les lesions intencionades i corren un risc especial de patir lesions tant intencionades com inintencionades.		
			Les conseqüències de les afeccions neuropsiquiàtriques afecten totes les edats.		
			Tot i que la dependència de l'alcohol afecta persones de totes les edats adultes, els adults joves corren un risc especial.		
Afeccions gastrointestinals				Les persones de mitjana edat i la gent gran corren un risc més gran de patir danys cerebrals i deteriorament cognitiu.	
				Tot i que la cirrosi hepàtica és més habitual en les persones de mitjana edat i la gent gran, els adults joves també es troben en una situació de risc.	
Càncers				Les persones de mitjana edat i les persones grans tenen més probabilitats de desenvolupar un càncer.	
Malalties cardiovasculars			La hipertensió arterial, l'apoplexia i les irregularitats dels ritmes cardíacs poden afectar totes les persones d'edat adulta.		
			Els episodis de consum intensiu són un factor de risc important per a l'apoplexia en adults joves.		
			Les malalties cardíaques coronàries són poc habituals en els adults joves.	La reducció del risc de patir malalties cardíaques coronàries és més important per a les persones de mitjana edat i la gent gran.	Aparentment, la reducció del risc desapareix en adults d'edat molt avançada.
Afeccions prenatales	Les conseqüències dels danys prenatales relacionats amb l'alcohol es manifesten al llarg de tota la vida.				

Alguns estudis de bessons i família suggereixen que la proporció d'heretabilitat de la dependència de l'alcohol se situa entre un 50% i un 60% (Cook i Gurling, 2001; Dick i Forud, 2002; Departament de Salut i Serveis Humans dels EUA, 2000). La literatura actual se sol centrar en la dependència de l'alcohol, però hi ha raons per creure que la part heretable del consum elevat o problemàtic d'alcohol va més enllà de la dependència de l'alcohol diagnòsticable (Schuckit [et al.], 2004).

Les anàlisis de 987 persones de 105 famílies realitzades a la mostra inicial de l'Estudi col·laboratiu sobre la genètica de la dependència de l'alcohol (*Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism, COGA*), un estudi de família a gran escala elaborat per identificar els gens que influeixen en el risc de patir dependència de l'alcohol i comportaments i característiques relacionats amb el consum d'alcohol, ha demostrat l'existència de gens que augmenten el risc de patir dependència de l'alcohol en regions de tres cromosomes (Reich [et al.], 1998). Les evidències més sòlides s'han identificat en regions dels cromosomes 1 i 7, i s'han observat indicis més modestos en una regió del cromosoma 2. La mostra de replicació, realitzada amb 1.295 persones de 157 famílies, confirma les conclusions anteriors, tot i que amb menys recolzament estadístic (Foroud [et al.], 2000).

Les variants dels gens *ADH2*, *ADH3* i *ALDH2* protegeixen considerablement (però no completament) els seus portadors de desenvolupar dependència de l'alcohol fent que experimentin molèsties o malestar després de consumir alcohol (Reich [et al.], 1998). Els gens codifiquen l'alcohol deshidrogenasa i l'aldehid deshidrogenasa, respectivament, dos dels enzims hepàtics clau que participen en el metabolisme de l'alcohol per convertir-lo en producte final (acetat). Les anàlisis amb germans que no pateixen dependència de l'alcohol realitzades a la mostra inicial de l'Estudi col·laboratiu sobre la genètica de la dependència de l'alcohol (COGA) proven l'existència d'una regió protectora en el cromosoma 4, a prop dels gens d'alcohol deshidrogenasa (ADH) (Williams [et al.], 1999; Edenberg, 2000; Saccone [et al.], 2000).

Altres factors de risc

Independentment del nivell de consum d'alcohol, les dones presenten un risc més elevat de patir danys crònics produïts per l'alcohol, amb diferents nivells de risc segons les diverses malalties. Segurament, això es deu al fet que el cos femení conté una proporció d'aigua menor que el cos masculí (Swift, 2003). Per aquest motiu, si un home i una dona que tinguin aproximadament el mateix pes i la mateixa edat consumeixen la mateixa quantitat d'alcohol, la concentració de l'alcohol serà més elevada en la dona, perquè s'haurà dissolt en un volum més petit d'aigua.

Qui es troba en situació de risc?

Els gens, el gènere, l'edat i el nivell socioeconòmic influeixen a l'hora de determinar qui corre el risc de patir problemes relacionats amb l'alcohol. Alguns gens augmenten i d'altres redueixen el risc de patir trastorns en el consum d'alcohol i, independentment del nivell de consum d'alcohol, les dones, els nens, els adolescents i les persones amb un nivell socioeconòmic més baix són els col·lectius amb més risc.

En diversos estudis realitzats a diferents països queda patent que la mortalitat relacionada amb el consum d'alcohol és més elevada en els adults amb un nivell socioeconòmic baix (Romelsjö i Lundberg, 1996; Leclerc [et al.], 1990; Lundberg i Osterberg, 1990; Makela [et al.], 1997; Makela, 1999; Loxely [et al.], 2004). També s'aprecia una interacció entre el consum d'alcohol i la pobresa en relació als crims violents, com l'homicidi, amb uns percentatges més elevats quan aquests dos factors de risc es combinen que els resultats que s'obtindrien de la suma dels percentatges d'ambdós factors per separat (Parker, 1993). A Anglaterra, entre els homes de 25 a 69 anys d'edat, els qui pertanyen a la categoria amb un nivell econòmic més baix (treballadors no qualificats) presenten un risc de mort relacionada amb l'alcohol 15 vegades més elevat que el dels professionals pertanyents a la categoria amb un nivell socioeconòmic superior (Harrison i Gardiner, 1999). A Suècia, l'alcohol és el motiu que explica fins al 30% de la diferència de mortalitat per grup socioeconòmic entre homes de mitjana edat (Hemström, 2001). Aquestes conclusions coincideixen amb els patrons socials graduals sanitaris, segons els quals les dificultats socials i econòmiques afecten la salut de la persona al llarg de tota la seva vida (Wilkinson i Marmot, 2003). En el cas de l'alcohol, és probable que aquesta relació sigui biunívoca, és a dir, que, d'una banda, el consum perjudicial d'alcohol sigui el resultat i, alhora, una manera de suportar les dificultats socials i econòmiques i, de l'altra, que la dependència de l'alcohol faci baixar la persona en l'escala social.

Els nens són més vulnerables que els adults davant l'alcohol. A més de ser físicament més petits, no tenen experiència ni en el consum ni en els efectes de l'alcohol. Tampoc no disposen de context ni de punts de referència per avaluar o regular el seu consum i, a més a més, no han desenvolupat cap tolerància envers l'alcohol. Entre l'adolescència mitjana i el principi de l'edat adulta es produeixen augments significatius en la quantitat i la freqüència de consum d'alcohol i en els problemes relacionats amb aquesta substància (Wells [et al.], 2004; Bonomo [et al.], 2004). Les persones que consumeixen més alcohol durant l'adolescència mitjana solen presentar un consum elevat d'alcohol, patir dependència de l'alcohol i experimentar problemes relacionats amb l'alcohol durant la primera etapa de l'edat adulta, com una salut mental més deteriorada, un nivell educatiu més baix i un risc més elevat de cometre actes delictius (Jefferis [et al.], 2005). El consum d'alcohol per part d'adolescents i adults joves està relacionat amb les lesions i les morts en accidents de trànsit rodat, suïcidi i depressió, abstencionisme escolar i menor rendiment acadèmic, pèrdua de memòria, pèrdues momentànies de consciència, baralles, danys a la propietat, crítiques als companys i pèrdua d'amistats, violacions durant una cita i relacions sexuals sense protecció, que comporten el risc de contreure malalties de transmissió sexual, adquirir el virus del VIH i patir un embaràs no desitjat (Williams i Knox, 1987).

Reduir el consum d'alcohol millora la salut?

Reduir o abandonar el consum d'alcohol comporta efectes beneficiosos per la salut. Bona part dels efectes perjudicials de l'alcohol són reversibles de manera immediata. Si es deixa de consumir alcohol, els accidents, les lesions, el risc de tenir baix pes en néixer i altres afeccions prenatales poden desaparèixer completament. Els joves que redueixen el seu consum d'alcohol en iniciar l'edat adulta també redueixen el seu risc de patir danys relacionats amb el consum d'alcohol (Toumbouro [et al.], 2004).

Com es pot millorar la salut

Tots els danys greus derivats del consum d'alcohol es poden evitar reduint aquest consum. Les síndromes depressives milloren considerablement després d'uns quants dies o setmanes d'abstinència de l'alcohol. El descens en el consum d'alcohol comporta una reducció del nombre de morts per cirrosi hepàtica considerablement ràpida.

Un exemple d'afecció a llarg termini que desapareix de manera ràpida i, fins i tot, immediata, en deixar l'alcohol és la depressió. La majoria d'estudis han arribat a la conclusió que un gran nombre de síndromes depressives milloren notablement després d'uns quants dies o setmanes d'abstinència (Brown i Schuckit, 1988; Dackis [et al.], 1986; Davidson, 1995; Gibson i Becker, 1973; Penick [et al.], 1988; Pettinati [et al.], 1982; Willenbring, 1986).

Tal com es descriu de manera més detallada al capítol 7, les intervencions en casos de consum perjudicial d'alcohol i consum de risc dins del marc de l'atenció sanitària permeten reduir tant el consum d'alcohol com els problemes que se'n deriven (Moyer [et al.], 2002), a més de la mortalitat relacionada amb l'alcohol (Cuijpers [et al.], 2004). L'estudi comunitari realitzat a Malmö durant la dècada dels setanta va demostrar que, si es donaven les condicions adequades, es podien aconseguir unes millores substancials. Una intervenció destinada a bevedors amb consum de risc va aconseguir que, després d'un seguiment de sis anys, el nombre de morts d'aquest grup de consumidors fos la meitat que el del grup de control, amb el qual no s'havia dut a terme cap intervenció (Kristenson [et al.], 1983).

Algunes malalties cròniques depenen de l'exposició a l'alcohol al llarg de la vida, i, per tant, l'eliminació de l'alcohol no pot eradicar el risc, sinó que només el redueix. D'altra banda, als estudis centrats en poblacions concretes s'ha trobat que les reduccions del consum d'alcohol estan relacionades amb un descens força ràpid de les malalties cròniques com, per exemple, el nombre de morts per cirrosi hepàtica (Ledermann, 1964) (vegeu el capítol 6). Les anàlisis de sèries temporals han arribat a la conclusió que la reducció del consum per capita està relacionat amb un descens considerable del nombre de morts per cirrosi hepàtica (per exemple, Ramstedt, 2001; Skog, 1980 i, sobretot, Cook i Tauchen, 1982).

Conclusió

Tot i que l'alcohol comporta diversos plaers, el seu consum no està exempt de riscos. Factors com la quantitat global d'alcohol consumida, la freqüència de consum i la freqüència i el volum dels episodis de consum intensiu agreugen, per separat i combinats, un gran nombre de danys i malalties físics, mentals i socials. En bona part, el risc d'aparició d'aquests danys és paral·lel a la dosi consumida, sense evidències de cap efecte llindar. En altres paraules, com més quantitat d'alcohol és consumeixi, tant regularment com en una ocasió concreta, més gran serà el risc. Aparentment, el risc de patir algunes afeccions (síndrome del destret respiratori agut, cardiomiopatia, danys al sistema nerviós i danys musculars) només augmenta amb el consum elevat i/ o prolongat d'alcohol, tot i que, fins i tot en aquest nivells tan alts, s'observa una relació dosi-resposta. Per a algunes afeccions (especialment les lesions i les malalties cardiovasculars), el risc està molt més influït, si bé no exclusivament, pels patrons dels episodis de consum intensiu.

En part, els danys causats pel consum d'alcohol queden compensats per alguns beneficis, el més important dels quals és la reducció del risc de patir malalties cardíques coronàries. Així doncs, el risc global de mort es troba a mig camí entre els problemes relacionats amb l'alcohol, que poden aparèixer a totes les edats, i els beneficis de la protecció contra les malalties cardíques coronàries, les quals afecten, sobretot, les persones d'edat avançada. Això significa que, per a les dones de menys de 45 anys d'edat i per als homes de menys de 35 anys, el nivell de consum d'alcohol que comporta menys risc de mort és zero. En edats molt avançades, aparentment, el risc reduït de malaltia cardíaca coronària és inferior, per la qual cosa és probable que qualsevol nivell de consum d'alcohol augmenti el risc de mort.

Els problemes relacionats amb l'alcohol no només afecten el consumidor, sinó que també perjudiquen tercers. Aquest ampli ventall de danys (que es poden anomenar *danys ambientals de l'alcohol*) inclouen la violència, l'homicidi, els danys a companys sentimentals i nens, altres tipus de delictes, les conseqüències dels accidents de trànsit rodat i els danys als nadons en la fase prenatal.

Reduir el consum d'alcohol, tant pel que fa al volum global com al consum en una ocasió concreta, redueix els riscos de patir qualsevol tipus de dany i fins i tot pot fer desaparèixer completament la majoria d'afeccions.

Al següent capítol s'analitzarà l'impacte que exerceix l'alcohol en els individus a tot Europa.

Bibliografia

Abbey, A., Zawacki, T., Buck, P. O., Clinton, A. i McAuslan, P. (2001). Alcohol and Sexual Assault. *Alcohol Health and Research World*, 25 (1), 43–51.

Abbott, R. D., Sharp, D. S., Burchfile, C. M. *et al.* (1997). Cross-sectional and longitudinal changes in total and high-density lipoprotein cholesterol levels over a 20-year period in elderly men: the Honolulu Heart Program. *Annals of Epidemiology* 7 417-424.

Abbott, R. D., Curb, J. D., Rodriguez, B. L., Masaki, K. H., Yano, K., Schatz, I. J., Ross, G. W. i Petrovitch, H. (2002). Age-related changes in risk factor effects on the incidence of coronary heart disease. *Ann Epidemiol.* Apr;12(3):173-81.

Abel, E. L. (1997). Maternal alcohol consumption and spontaneous abortion. *Alcohol and Alcoholism*, 32, 211–219.

Abrams, J., Vela, B. S., Coultas, D. B., Samaan, S. A., Malhotra, D. i Roche, R. J. (1995). Coronary risk factors and their modification: lipids, smoking, hypertension, estrogen and the elderly. *Current Problems in Cardiology*, 20, 533-610.

Academy of Medical Sciences (2004). Calling Time: The nation's drinking as a major public health issue. www.acmedsci.ac.uk. Accessed 2004.

Alati, R., Lawlor, D. A., Najman, J. M., Willimas, G. M., Bor, W. i O'Callaghan, M. (2005). Is there really a 'J-shaped' curve in the association between alcohol consumption and symptoms of depression and anxiety? Findings from the Mater-University Study of pregnancy and its outcomes. *Addiction* 100 643-651.

Albano, E. i Clot, P. (1996). Free radicals and ethanol toxicity. A: V.R. Preedy i R.R. Watson (Eds.). Alcohol and the gastrointestinal tract, pp57-68. CRC Press: Boca Raton, FL.

Albertsen, A., Andersen, A.-M., Olsen, J. i Grønþæk, M. (2004). Alcohol consumption during pregnancy and risk of preterm delivery. American Journal of Epidemiology 159 155-161.

Allen, J., Nicholas, S., Salisbury, H. i Wood, M. (2003). Nature of burglary, vehicle and violent crime. A: C. Flood-Page i J. Taylor (eds). Crime in England and Wales 2001/2002: Supplementary Volume. Home Office Statistical Bulletin 01/03. London: Home Office.

Ajani, U. A., Hennekens, C. H., Spelsberg, A. i Manson, J. E. (2000). Alcohol consumption and risk of type 2 diabetes mellitus among US male physicians Arch Intern Med 160:1025-1030.

Ames, G. M., Grube, J. W. i Moore, R. S. (1997). The relationship of drinking and hangovers to workplace problems: An empirical study. Journal of Studies on Alcohol 58(1):37-47.

Anderson, P. (1995). Alcohol and risk of physical harm. A: Holder, H. D. i Edwards, G., eds. Alcohol and Public Policy: Evidence and Issues. Oxford, Oxford Medical Publications.

Anderson, P. (2003). The Risk of Alcohol. PhD thesis. Nijmegen, Radboud University. http://webdoc.ubn.kun.nl/mono/a/anderson_p/riskofal.pdf.

Anderson, P., Cremona, A., Paton, A., Turner, C. i Wallace, P. (1993). The Risk of alcohol. Addiction 88, 1493-1508.

Andrews, J. A. i Lewinsohn, P. M. (1992). Suicidal attempts among older adolescents: prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31, 655-662.

Anstey, K. J., Windsor, T. D., Rodgers, B., Jorm A. F. i Christensen, H. (2005). Lower cognitive test scores observed in alcohol abstainers are associated with demographic, personality, and biological factors: the PATH Through Life Project Addiction, 100, 1291-1301.

Antilla, T., Helkala, E.-L., Viitanen, M., Kareholt, I., Fratiglioni, L., Winblad, B., Soininen, H., Tuomilehto, J., Nissinen, A. i Kivipelto, M. (2004). Alcohol drinking in middle age and subsequent risk of mild cognitive impairment and dementia in old age: a prospective population based study. British Medical Journal. 329 539-545.

Archer, J., Holloway, R. i McLoughlin, K. (1995). Self-reported physical aggression among young men. Aggressive Behavior, 21, 325-342.

Ashley, M. J., Rehm, J., Bondy, S., Single, E. i Rankin, J. (2000). Beyond ischemic heart disease: are there other health benefits from drinking alcohol? Contemporary Drug Problems, 27:735-777.

Australian Bureau of Statistics (1991), 1989-90 National Health Survey Summary of Results, Australia. Catalogue No. 4364.0, Commonwealth of Australia.

Babor, T. F., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., Grube, J. W., Gruenewald, P. J., Hill, L., Holder, H. D., Homel, R., Österberg, E., Rehm J., Room, R. i Rossow, I. (2003). Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and Public Policy. Oxford, Oxford Medical Publication, Oxford University Press.

Bagnardi, V., Blangiardo, M., La Vecchia, C. *et al.* (2001a). Alcohol consumption and the risk of cancer: A meta-analysis. Alcohol Research and Health 25(4):263-270.

Bagnardi, V., Blangiardo, M., La Vecchia, C. *et al.* (2001b) A meta-analysis of alcohol drinking and cancer risk. British Journal of Cancer 85(11): 1700-1705.

Bandera E. V., Freudenheim J. L., i Vena J. E. (2001) Alcohol and lung cancer: a review of the epidemiologic evidence. Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention 10, 813-821.

Barefoot, J. C., Grønþæk, M., Feaganes, J. R., McPherson, R. S., Williams, R. B. i Siegle, I. C. (2002). Alcoholic beverage preference, diet, and health habits in the UNC Alumni Heart Study Am J Clin Nutr 76:466-72.

Baum-Baicker, C. (1987). The psychological benefits of moderate alcohol consumption: a review of the literature. Drug and Alcohol Dependence, 15, 305-322.

Beautrais, A. L. (1998). Risk factors for suicide and attempted suicide amongst young people. A report to the National Health and Medical Research Council. <http://www.nhmrc.gov.au/publications/synopses/mh12syn.htm> Accessed 2005.

Becker, U., Grønþæk, M., Johansen, D. Thorkild, I., i Sørensen, A. (2002). Lower risk for alcohol-induced cirrhosis in wine drinkers. Hepatology 35 868-875.

Beilin, L. J., Puddey, I. B. i Burke, V. (1996). Alcohol and hypertension—kill or cure? Journal of Human Hypertension, 10(2):S1-S5.

Bjil, R. V., Ravelli, A. i van Zessen, G. (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 33 587-595.

Blankfield, A. i Maritz, J. S. (1990). Female alcoholics IV: admission problems and patterns. Acta Psychiatrica Scandinavica, 12, 445-450

Blomberg, R. D., Peck, R. C., Moskowitz, H., Burns, M. i Fiorentino, D. (2002). Crash Risk of Alcohol Involved Driving. National Highway Traffic Safety Administration, Washington, D.C..

Bonomo, Y., Coffey, C., Wolfe, R., Lynskey, M., Bowes, G. i Patton, G. (2001). Adverse outcomes of alcohol use in adolescents. Addiction, 96, 1485-1496.

Bonomo, Y. A., Bowes, G., Coffey, C., Carlin, J. B. i Patton, G. C. (2004). Teenage drinking and the onset of alcohol dependence: a cohort study over seven years. Addiction 99 1520-1528.

Book, S. W. i Randall, C. L. (2002). Social anxiety disorder and alcohol use. Alcohol Research and Health 26 130-135.

Borges, G., Cherpel, C. i Mittleman, M. (2004). Risk of injury after alcohol consumption: a case-crossover study in the emergency department. Social Science and Medicine 58 1191-1200.

Borges, G., Cherpitel, C. J., Medina Mora, M. E., Mondragón, L. i Casanova, L. (1998). Alcohol consumption in emergency room patients and the general population: a population-based study. Alcohol Clin Exp Res, 22 (9): 1986-1991.

Bot, S. M., Engels, R. C. M. E. i Knibbe, R. A. (2005). The effects of alcohol expectancies on drinking behaviour in peer groups: observations in a naturalistic setting. *Addiction* 100 1270-1279.

Bradley, K. A., Badrinath, S., Bush, K., Boyd-Wickizier, J. i Anawalt, B. (1998). Medical risks for women who drink alcohol. *Journal of General Internal Medicine*, 13:627–639.

Brecklin, L. R. i Ullman, S. E. (2002). The roles of victim and offender alcohol use in sexual assaults: results from the National Violence Against Women Survey. *Journal of Studies on Alcohol*, 63 (1): 57–63.

Brenner, H., Arndt, V., Rothenbacher, D., Schuberth, S., Fraisse, E. i Fliedner, T. (1997). The association between alcohol consumption and all-cause mortality in a cohort of male employees in the German construction industry. *International Journal of Epidemiology*, 26, 85-91.

Brismar, B. i Bergman, B. (1998). The significance of alcohol for violence and accidents. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22, 2995–3065.

Britton, A. i McKee, M. (2000). The relation between alcohol and cardiovascular disease in Eastern Europe: explaining the paradox. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54:328–332.

Britton, A. i Marmot, M. (2004). Different measures of alcohol consumption and risk of coronary heart disease and all-cause mortality: 11 year follow-up of the Whitehall II Cohort Study. *Addiction* 99 109-116.

Brown, S. A. i Schuckit, M. A. (1988). Changes in depression among abstinent alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 49:412–417.

Brown, S. A., Goldman, M. S., Inn, A. i Anderson, L. R. (1980). Expectations of reinforcement from alcohol: their domain and relation to drinking patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48,419-426.

Budd, T. (2003). Alcohol-related assault: findings from the British Crime Survey. Home Office Online Report 35/03. <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs2/rdsolr3503.pdf>.

Burger, M., Mensink, G., Bronstrup, A., Thierfelder, W. i Pietrzik, K. (2004). Alcohol consumption and its relation to cardiovascular risk factors in Germany. *Eur J Clin Nutr* 2004 Apr;58(4):605-14.

Bushman, B. J. i Cooper, H. M. (1990). Effects of alcohol on human aggression: An integrative research review. *Psychological Bulletin* 107, 341-354.

Bushman B.J. (1997). Effects of alcohol on human aggression: validity of proposed mechanisms. A: Galanter, M., ed. *Recent Developments in Alcoholism*, Vol. 13, Alcohol and Violence, pp. 227-244. New York: Plenum Press.

Caetano, R. i Cunradi, C. (2002). Alcohol dependence: a public health perspective. *Addiction* 97 633-645.

Caetano, R. i Tam, T. W. (1995). Prevalence and correlates of DSM-IV and ICD-10 alcohol dependence: 1990 U.S. National Alcohol Survey. *Alcohol and Alcoholism*, 30, 177-186.

Caetano, R. (1999). The identification of alcohol dependence criteria in the general population. *Addiction* 94 255-267.

Caetano, R., Schafer, J. i Cunradi, C. B. (2001). Alcohol-related intimate partner violence among white, black and Hispanic couples in the United States. *Alcohol Research and Health* 25 58-65.

Caetano, R., Tam, T., Greenfield, T. K., Cherpitel, C. J. i Midanik, L. T. (1997). DSM-IV alcohol dependence and drinking in the U.S. population: a risk analysis. *Annals of Epidemiology*, 7, 542-549.

Castaneda, R., Sussman, N., Levy O'Malley, M. i Westreich, L. (1998). A review of the effects of moderate alcohol intake on psychiatric and sleep disorders. A: Galanter M, (Ed.) *Recent developments in alcoholism: The consequences of alcoholism*, Vol 14 edn. pp. 197–226. New York: Plenum Press.

Chadwick, D. J. i Goode, J. A. (1998). *Alcohol and cardiovascular diseases*. John Wiley and Sons, Chichester.

Chen, W.-J., Maier, S. E., Parnell, S. E. i West, J. R. (2003). Alcohol and the developing brain: neuroanatomical studies. *Alcohol Research and Health* 27 174-180.

Chermack, S. T., Walton, M. A., Fuller, B. E. i Blow, F. C. (2001). Correlates of expressed and received violence across relationship types among men and women substance abusers. *Psychology of Addictive Behaviors* 15(2):140–151.

Cherpitel, C. J., Bond, J., Ye, Y., Borges, G., Macdonald, S. i Giesbrecht, N. (2003). A cross-national meta-analysis of alcohol and injury: data from the Emergency Room Collaborative Alcohol Analysis Project (ERCAAP). *Addiction* 98 1277-1286.

Cherpitel, C. J. (1992). The epidemiology of alcohol-related trauma. *Alcohol Health and Research World*, 16, 191–196.

Cherpitel, C. J. (1997). Alcohol and violence-related injuries in the emergency room. *Recent Developments in Alcoholism*, 13, 105–118.

Cherpitel, C. J., Tam, T., Midanik, L., Caetano, R., Greenfield, T. (1995). Alcohol and non-fatal injury in the US general population: a risk function analysis. *Accident Analysis Prevention*, 27, 651–661.

Cherpitel, C. J., Ye, Y., Bond, J., Rehm, J., Poznyak, V., Macdonald, S., Stafström, M. i Hao, W. (2005). Multi-level analysis of alcohol-related injury among emergency department patients: a cross-national study. *Addiction* 100 1840-1850.

Cherrington, E. H. (Editor-in-chief) (1925). *Standard Encyclopaedia of the Alcohol Problem*, Vol. 1. Westerville OH: Aarau-Buckingham.

Choi H. K., Atkinson, K., Karlson, E. W., Willett, W. i Curhan, G. (2004). Alcohol intake and risk of incident gout in men: a prospective study. *Lancet* 2004 Apr 17;363(9417):1277-81.

Collaborative group on hormonal factors in breast cancer (2002). Alcohol, tobacco and breast cancer - collaborative reanalysis of individual data from 53 epidemiological studies, including

58,515 women with breast cancer and 95,067 women without the disease. *British Journal of Cancer*, 87, 1234 – 1245.

Collins, J. J. i Schlenger, W. E. (1988). Acute and chronic effects of alcohol use on violence. *Journal of Studies on Alcohol* 49, 516-521.

Collins, J. J. i Messerschmidt, P. M. (1993). Epidemiology of alcohol-related violence. *Alcohol Health and Research World*, 17, 93–100.

Collins, J. J. (1993). Drinking and violence: an individual offender focus. A: Martin, S. E., ed. *Alcohol and Interpersonal Violence: Fostering Multidisciplinary Perspectives*, pp. 221–235. Research Monograph no. 24. Rockville, MD: NIAAA.

Comissió Europea (2005). ANNEX VI General Classification And Labelling Requirements For Dangerous Substances And Preparations http://ec.europa.eu/comm/environment/dansub/pdfs/annex6_en.pdf.

Cook P. J., Tauchen G. (1982), The effect of liquor taxes on heavy drinking. *Addiction*, 13:379–390.

Cook, C. H. i Gurling, H. D. (2001). Genetic predisposition to alcohol dependence and problems. In N Heather, TJ Peters, T Stockwell (Eds.), *International Handbook of Alcohol Problems and Dependence*. West Sussex, U.K: John Wiley and Sons, Ltd.

Cook, R. T. (1998). Alcohol abuse, alcoholism and damage to the immune system – a review. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 22 1927-1942.

Corrao, G, Luca, R, Bagnardi, V, Zambon, A i Poikolainen, K. (2000). Alcohol and coronary heart disease: a meta-analysis. *Addiction*, 95(10), 1505–1523.

Corrao, G., Bagnardi, V., Zambon, A. i Arico, S. (1999). Exploring the dose- response relationship between alcohol consumption and the risk of several alcohol-related conditions: a meta-analysis *Addiction* 94, 1551-1573.

Corrao, G., Bagnardi, V., Zambon, A. i La Vecchia C. (2004). A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. *Preventive Medicine* 38 613-619.

Coulthard, M., Farrell, M., Singleton, N. i Meltzer, H. (2002). Tobacco, alcohol and drug use and mental health London: Office for National Statistics.

Cuijpers, P., Riper, H. i Lemmens, L. (2004). The effects on mortality of brief interventions for problem drinking: a meta-analysis. *Addiction* 99 839-845.

Curtis, A. B., Sherman, J. A., Strogatz, D. S., Raghunathan, T. E. i Siobàn, H. (1997). Alcohol consumption and changes in blood pressure among African Americans—The Pitt county study. *American Journal of Epidemiology*, 146(9):727–733.

Dackis, C. A., Gold, M. S., Pottash, A. L. C. i Sweeney, D. R. (1986). Evaluating depression in alcoholics. *Psychiatry Research*, 17(2):105–109.

Darkes, J. i Goldman, M. S. (1993). Expectancy challenge and drinking reduction: experimental evidence for a mediational process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61,344-353.

Darves-Bornoz, J., Lepine, J., Choquet, M., Berger, C., Degiovanni, A., i Gaillard, P. (1998). Predictive factors of chronic stress disorder in rape victims. *European Psychiatry*, 13(6): 281–287.

Davidson, K. M. (1995). Diagnosis of depression in alcohol dependence: changes in prevalence with drinking status. *British Journal of Psychiatry*, 166:199–204.

Dawson, D. A. i Archer, L. D. (1993). Relative frequency of heavy drinking and the risk of alcohol dependence. *Addiction* 88, 1509-1518.

De Bellis, M. D., Clark, D. B., Beers, S. R. *et al.* (2000). Hippocampal volume in adolescent-onset alcohol use disorders. *Am J Psychiatry* 157 (5): 737-744.

De Graaf, R., Bijl, R. B., Smit, F., Vollebergh, W. A. M. i Spijker, J. (2002). Risk factors for 12-month co morbidity of mood, anxiety and substance use disorders: findings from the Netherlands mental health survey and incidence study. *Am J Psychiatry* 159 620-629.

Dees, W. L., Srivatsava, V. K., i Hiney, J. K. (2001). Alcohol and female puberty. *Alcohol Research and Health* 25 271-275.

Delgado-Rodríguez, M., Gómez-Ortega, A., Mariscal-Ortiz, M., Palma-Pérez, S. i Sillero-Arenas, M. (2003). Alcohol drinking as a predictor of intensive care and hospital mortality in general surgery: a prospective study *Addiction*, 98, 611–616.

Dick, D. M. i Foroud, T. (2002). Genetic strategies to detect genes involved in alcoholism and alcohol-related traits. *Alcohol Research and Health* 26 172-180.

Drake, R. E. i Muser, K. T. (2002). Co-occurring alcohol use disorder and schizophrenia. *Alcohol research and Health* 26 99-102.

Drobes, D. (2002). Concurrent alcohol and tobacco dependence. *Alcohol Research and Health* 26 136-142.

Duffy, J. C. (1992). The measurement of alcohol consumption. In Ed. J. C. Duffy *Alcohol and illness*, 19-25. Edinburgh University Press.

Durkheim, E., traduït per Spaulding, J.A. i Simpson, G. (1952). *Suicide: A study in sociology*. London, Routledge and Kegan Paul Ltd.

Eckardt, M. J., File, S. E., Gessa, G. L., Grant, K. A., Guerri, C., Hoffman, P. L., Kalant, H., Koop, G. F., Li, T. K. i Tabakoff B. (1998). Effects of moderate alcohol consumption on the central nervous system. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 22, 248-259.

Edenberg, H. J. (2000). Regulation of the mammalian alcohol dehydrogenase genes. *Progress in Nucleic Acid Research and Molecular Biology* 64:295–341.

Emanuele, M. A. i Emanuele, N. V. (2001). Alcohol and the male reproductive system. *Alcohol Research and Health* 25 282-287.

Emanuele, M. A., Wezeman, F. i Emanuele, N. V. (2002). Alcohol's effect on female reproductive function. *Alcohol Research and Health* 26 274-281.

Emberson, J. R., Shaper, A. G., Wannamethee, S. G., Morris, R. W. i Whincup, P. H. (2005). Alcohol intake in middle age and risk of cardiovascular disease and mortality: accounting for variation for intake variation over time. *American Journal of Epidemiology* 161 856-863.

English, D. R., Holman, C. D., Milne, E., Winter, M. J., Hulse, G. K., Codde, G., Bower, C. I., Cortu, B., de Klerk, N., Lewin, G. F., Knuiman, M., Kurinczuk, J. J. i Ryan, G. A. (1995). The quantification of drug caused morbidity and mortality in Australia. Canberra: Commonwealth Department of Human Services and Health.

Estruch, R. (2001). Nutrition and infectious disease. In N Heather, TJ Peters, T Stockwell (Eds.), *International Handbook of Alcohol Problems and Dependence*. West Sussex, U.K: John Wiley and Sons, Ltd.

European Chemicals Bureau (1999).
http://ecb.jrc.it/classlab/SummaryRecord/5598r2_sr_CM1098.doc.

Facchini, F., Chen, Y. D. i Reaven, G. M. (1994). Light to moderate alcohol intake is associated with enhanced insulin sensitivity. *Diabetes Care* 17:115–119.

Fagan, J. (1990). Intoxication and aggression. A: Tonry, M. i Wilson, J. Q., eds. *Drugs and Crime*, pp. 241–320. Chicago: University of Chicago Press.

Farchi, G., Fidanza, F., Mariotti, S. i Menotti, A. (1992). Alcohol and mortality in the Italian rural cohorts of the Seven Countries Study, *International Journal of Epidemiology*, 21, 74-81.

Farrell, M., Howes, S., Bebbington, P., Brugha, T., Jenkins, R., Lewis, G., Marsden, J., Taylor, C. i Meltzer, H. (2001). Nicotine, alcohol and drug dependence and psychiatric co-morbidity. *British Journal of Psychiatry* 179 432-437.

Farrell, M., Howes, S., Taylor, C., Lewis, G., Jenkins, R., Bebbington, P., Jarvis, M., Brugha, T., Gill, B. i Meltzer, H. (1998). Substance misuse and psychiatric co-morbidity: an overview of the OPCS national psychiatric morbidity survey. *Addictive Behaviours* 23 909-918.

Fernandez-Sola, J., Junque, A., Estruch, R., Monfote, R., Torres, A. i Urbano-Marquez, A. (1995). High alcohol intake as a risk and prognostic factor for community acquired pneumonia. *Archives of Internal medicine* 155 1649-1654.

Fillmore, K. M., Golding, J. M., Graves, K. L. *et al.* (1998a). Alcohol consumption and mortality: I. Characteristics of drinking groups, *Addiction*, 93,183- 203.

Fillmore, K. M., Golding, J. M., Graves, K. L. *et al.* (1998b). Alcohol consumption and mortality: III. Studies of female populations, *Addiction*, 93, 219- 229.

Fillmore, K. M., Kerr, W. C., Stockwell, T., Chikritzhs, T. i Bostrom, A. (2006). Moderate alcohol use and reduced mortality risk: Systematic error in prospective studies. *Addiction Research and Theory* 2006, 1–31

Flanagan, D. E., Moore, V. M., Godsland, I. F., Cockington, R. A., Robinson, J. S. i Phillips, D. I. (2000). Alcohol consumption and insulin resistance in young adults. *Eur J Clin Invest* 30:297–301.

Foroud, T., Edenberg, H. J., Goate, A. *et al.* (2000). Alcoholism susceptibility loci: Confirmation studies in a replicate sample and further map-ping. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 24:933–945.

Forsander O. A. (1994). Hypothesis: factors involved in the mechanisms regulating food intake affect alcohol consumption. *Alcohol Alcohol* 29: 503–512.

Freudenheim, J. L., Ritz, J., Smith-Warner, S. A. *et al.* (2005). Alcohol consumption and risk of lung cancer: a pooled analysis of cohort studies. *Am J Clin Nutr* 2005;82:657– 67.

Fu, H. i Goldman, N. (2000). Association between health-related behaviours and the risk of divorce in the USA. *Journal of Biosocial Science* 32, 63-88.

Fuchs, F. D., Chambless, L. E., Folsom, A. R., Eigenbrodt, M. L., Duncan, B. B., Gilbert, A. i Szklo, M. (2004). Association between Alcoholic Beverage Consumption and Incidence of Coronary Heart Disease in Whites and Blacks. The Atherosclerosis Risk in Communities Study. *Am J Epidemiol* 60:466–474.

Ganguli, M., Vander Bilt, J., Saxton, J. A., Shen, C. i Dodge, H. H. (2005). Alcohol consumption and cognitive function in late life. *Neurology* 65 1210-1217.

Gerson, L. i Preston, D. (1979). Alcohol consumption and the incidence of violent crime. *Journal of Studies on Alcohol*, 40, 307 312.

Giancola, P. R., Helton, E. L., Osborne, A. B., Terry, M. K., Fuss, A. M., i Westerfield, J. A. (2002). The effects of alcohol and provocation on aggressive behavior in men and women. *Journal of Studies on Alcohol*, 63(January), 64-73.

Gibson, S i Becker, J (1973). Changes in alcoholics' self-reported depression. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 34(3):829–836.

Gmel, G. i Rehm, J. (2003). Harmful alcohol use. *Alcohol Research and Health* 27 52-62.

Gmel, G., Gutjahr, E. i Rehm, J. (2003). How stable is the risk curve between alcohol and all-cause mortality and what factors influence the shape? A precision-weighted hierarchical meta-analysis. *European Journal of Epidemiology* 18 631-642.

Goerdt, A., Koplan, J. P., Robine, J. M., Thuriaux, M. C., i van Ginneken, J. K. (1996). Non-fatal health outcomes: concepts, instruments and indicators. A: Murray, C. J. L. i Lopez, A. D., eds. *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*, pp. 201-246. Boston: Harvard School of Public Health.

Gordon, T. i Doyle, J. T. (1986). Alcohol consumption and its relationship to smoking, weight, blood pressure, and blood lipids. The Albany Study. *Arch Intern Med* 146: 262–265.

Gordon, T. i Kannel, W. B. (1983). Drinking and its relation to smoking, blood pressure, blood lipids and uric acid. The Framingham Study. *Arch Intern Med* 143: 1366–1374.

Gorinstein, S. i Trakhtenberg, S. (2003). Alcohol beverages and biochemical changes in blood. *Addiction Biology* 8 445-454.

Gorinstein, S., Caspi, A., Goshev, I., Asku, S., Salnikow, J., Scheler, C., Delgado-Licon, E., Rosen, A., Wesz, M., Libman, I. i Trakhtenberg, S. (2003). Structural changes in plasma circulating fibrinogen after moderate beer consumption as determined by electrophoresis and spectroscopy. *Journal of Agricultural and Food Chemistry*, 51, 822-827.

Graham, K. i Wells, S. (2001). Aggression among young adults in the social context of the bar. *Addiction Research*, 9(3):193–219.

Graham, K. i West, P. (2001). Alcohol and crime: examining the link. A: N. Heather, T. J. Peters, T. Stockwell (Eds.), *International Handbook of Alcohol Problems and Dependence*. West Sussex, U.K: John Wiley and Sons, Ltd.

Graham, K., Leonard, K. E., Room, R., Wild, T. C., Pihl, R. O., Bois, C. *et al.* (1998). Current directions in research on understanding and preventing intoxicated aggression. *Addiction*, 93, 659–676.

Graham, K., West, P. i Wells, S. (2000). Evaluating theories of alcohol-related aggression using observations of young adults in bars. *Addiction*, 95, 847–673.

Grant, B. i Harford, T. (1990). The relationship between ethanol intake and DSM-III alcohol dependence. *Journal of Studies on Alcohol*, 51, 448-456.

Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, P., Dufour, M. C., Compton, W., Pickering, R. P. i Kaplan, K. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry* 61 807-816.

Greenfeld, L. A. (1998). "Alcohol and Crime: An Analysis of National Data on the Prevalence of Alcohol Involvement in Crime." Report prepared for the Assistant Attorney General's National Symposium on Alcohol Abuse and Crime. Washington, DC: U.S. Department of Justice.

Greenfield, L. A. i Henneberg, M. A. (2001). Victim and Offender self-reports of alcohol involvement in crime. *Alcohol Research and Health* 25 20-31.

Greenfield, T. K., Rehm, J., i Rodgers, J. D. (2002). Effects of depression and social integration on the relationship between alcohol consumption and all-cause mortality. *Addiction*, 97, 29–38.

Greim H. (Ed.) (1998). *Ethanol. Toxikologisch-arbeitsmedizinische Begründungen von MAK-Werten*, 26. Lieferung, VCH-Verlag, Weinheim.

Grobbée, D. E., Rimm, E. B., Keil, U., Renaud, S. C. (1999). Alcohol and the cardiovascular system. A: Health issues related to alcohol consumption. Macdonald I, ed. Blackwell and ILSI, Oxford.

Grønbaek, M., Deis, A., Becker, U., Hein, H. O., Schnohr, P., Jensen, G., Borch-Johnsen, K., Sørensen, T. I. A. Alcohol and mortality: is there a U-shaped relation in elderly people? Age and Ageing 1998;27:739-44.

Grønbaek M., Johansen D., Becker U., Hein H. O., Schnohr P., Jensen G., Vestbo J., Sørensen TIA. Changes in alcohol intake and mortality: A longitudinal population-based study. *Epidemiology* 2004;15(2):222-8.

Grønbaek, M., Mortensen, E. L., Mygind, K., Andersen, A. T., Becker, U., Gluud, C. i Sørensen, T. I. A. (1999). Beer, wine, spirits and subjective health. *J. Epidemiol. Community Health* 53, 721-724.

Guallar-Castillon, P., Rodriguez-Artalejo, F., Díez Ganan, L. D., Banegas Banegas, J. R., Lafuente Urduñigo, P. L. i Herruzo Cabrera, R. H. (2001). Consumption of alcoholic beverages and subjective health in Spain. *J Epidemiol Community Health*; 55(9):648-52.

Guidot, D. M. i Hart, C.M. (2005). Alcohol abuse and acute lung injury: epidemiology and pathophysiology of a recently recognised association. *Journal of Investigative Medicine* 53 235-245.

Guidot, D.M. i Roman, J. (2002). Chronic ethanol ingestion increases susceptibility to acute lung injury. *Chest* 122 309S-314S.

Gunzerath, L., Faden, V., Zakhari, S. i Warren, K. (2004). National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism report on moderate drinking. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 28 829-847.

Gutjahr, E., Gmel, G. i Rehm, J. (2001). Relation between average alcohol consumption and disease: an overview. *European Addiction Research*, 7(3):117–127.

Haines, B. i Graham, K. (2005). Violence prevention in licensed premises. In Stockwell T, Gruenewald P, Toumbourou J, and Loxley W, eds. *Preventing harmful substance use: The evidence base for policy and practice*. Chichester: Wiley.

Hall, W., Saunders, J. B., Babor, T. F., Aasland, O. G., Amundsen, A., Hodgson, R. i Grant, M. (1993). The structure and correlates of alcohol dependence: WHO collaborative project on the early detection of persons with harmful alcohol consumption: III. *Addiction* 88, 1627-1636.

Hamilton, V. i Hamilton, B. (1997). Alcohol and earnings: does drinking yield a wage premium. *Canadian Journal of Economics* 30 135-151.

Hansen, A. S., Marckmann, P., Dragsted, L. O., Finne Nielsen, I. L., Nielsen, S. E. i Gronbaek, M. (2005). Effect of red wine and red grape extract on blood lipids, haemostatic factors, and other risk factors for cardiovascular disease. *Eur J Clin Nutr.* 59(3):449-55.

Hansen, W. B. (1997). A Social Ecology Theory of Alcohol and Drug Use Prevention Among College and University Students. *Designing Alcohol and Other Drug Prevention Programs in Higher Education: Bringing Theory into Practice*, pp. 155–176. Washington: US Department of Education.

Harrison, L. i Gardiner, E. (1999). Do the rich really die young? Alcohol-related mortality and social class in Great Britain, 1988–94. *Addiction*, 94, 1871–1880.

Hart, C. L., Smith, G. D., Hole, D. J. i Hawthorne, V. M. (1999). Alcohol consumption and mortality from all causes, coronary heart disease, and stroke: results from a prospective cohort study of Scottish men with 21 years of follow up. *British Medical Journal*, 318, 1725–1729.

Hastie, T. i Tibshirani, R. (1990). *Generalized Additive Models*. London: Chapman and Hall.

Hauge, R. i Irgens-Jensen, O. (1986). Relationship between alcohol consumption, alcohol intoxication and negative consequences of drinking in four Scandinavian countries. *British Journal of Addiction*, 81, 513–524.

Heath, D. B. (2000). *Drinking occasions. Comparative perspectives on alcohol and culture*. Philadelphia: Brunner/Mazel.

Heath, A. C. i Nelson, E. C. (2002). Effects of the interaction between genotype and environment. *Alcohol Research and Health* 26 193-201.

Heath, D. B. (1995). Some generalisations about alcohol and culture. In Heath, D.B., ed. *International Handbook on Alcohol and Culture* (pp. 348-361) Westport CT: Greenwood.

Hemström, Ö. (2001). The contribution of alcohol to socioeconomic differentials in mortality – the case of Sweden. In Ed. Norström T. *Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries*. Stockholm, National Institute of Public Health.

Hilarski, C i Wodarki, J. S. (2001). Comorbid substance abuse and mental illness: Diagnosis and treatment. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 1(1):105–119.

Hill, A. B. (1965). The environment and disease: association or causation? *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 58:295–300.

Hillbom, M. (1998). Alcohol consumption and stroke: benefits and risks. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 22(7):352S–358S.

Hillbom, M. i Kaste, M. (1982). Alcohol intoxication: a risk factor for primary subarachnoid hemorrhage, *Neurology*, 32, 706-711.

Hillers, V. N. i Massey, L. K. (1985). Interrelationship of moderate high alcohol consumption with diet and health status. *Am J Clin Nutr* 41: 356–362.

Hingson, R. i Howland, J. (1987). Alcohol as a risk factor for injury or death resulting from accidental falls: a review of the literature. *Journal of Studies on Alcohol*, 48, 212–219.

Hingson, R. i Winter, M. (2003). Epidemiology and consequences of drinking and driving. *Alcohol Research and Health* 27 63-78.

Hippocrates (1978). *Hippocratic writings*. Edited with an introduction by G.E.R. Lloyd. Harmondsworth (Penguin).

Hoaken, P. N. S., Assaad, J. M. i Phil, R. O. (1998). Cognitive functioning and the inhibition of alcohol-induced aggression. *Journal of Studies on Alcohol*, 59:599–607.

Holbrook, T. L., Barrett-Connor, E. i Wingard, D. L. (1990). A prospective population based study of alcohol and non-insulin dependent diabetes mellitus. *Am J Epidemiol* 132 902-909.

Horne, J. A., Reyner, L. A. i Barrett, P. R. (2003). Driving impairment due to sleepiness is exacerbated by low alcohol intake. *Occup. Environ. Med.* 60 689-692.

Hu, F. B., Manson, J. E., Stampfer, M. J. *et al.* (2001). Diet, lifestyle and the risk of type 2 diabetes mellitus in women. *New Engl J Med* 345 790-797.

Hull, J. G. (1981). A self-awareness model of the causes and effects of alcohol consumption. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 586 600.

Hull, J. G. i Bond, C.F. (1986). Social and behavioural consequences of alcohol consumption and expectancy: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 99, 347-360.

Hull, J. G. i Stone, L. B. (2004). Alcohol and self-regulation. In Eds R.F. Baumeister and K.D. Vohs. *Handbook of self-regulation*, pp 466-491. London: the Guilford Press.

Hull, J. G., Levenson, R. W., Young R. D. i Sher, K. J. (1983). Self-awareness-reducing effects of alcohol consumption. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44,461-473.

Hulse, G., Saunders, G. K., Roydhouse, R. M., Stockwell, T. R. i Basso, M. R. (1999). Screening for hazardous alcohol use and dependence in psychiatric inpatients using the AUDIT questionnaire. *Drug and Alcohol Review*, 19, 291–298.

Imhof, A i Koenig, W. (2003). Alcohol inflammation and coronary heart disease. *Addiction Biology* 8 271-277.

Ito, T. A., Miller, N. i Pollock, V. E. (1996). Alcohol and aggression: a meta-analysis on the moderating effects of inhibitory cues triggering events, and self-focused attention. *Psychological Bulletin*, 120, 60 82.

Jacobi, I., Wittchen, H.-U., Holting, C., Hofler, M., Pfister, H., Muller, N. i Lieb, R. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine* 34 597-611.

Jacobson, J. L. i Jacobson, S. W. (1994). Prenatal alcohol exposure and neurobehavioral development: where is the threshold? *Alcohol Health Res World* 18:30–36.

Jacobson, J. L., Jacobson, S. W., Sokol, R. J. i Ager, J. W. Jr. (1998). Relation of maternal age and pattern of pregnancy drinking to functionally significant cognitive deficit in infancy. *Alcohol Clin Exp Res* 22:345–351.

Jacobson, J. L. i Jacobson, S. W. (2002). Effects of prenatal alcohol exposure on child development. *Alcohol Research and Health* 26 282-286.

Jeavons, C. M. i Taylor, S. P. (1985). The control of alcohol-related aggression: redirecting the inebriate's attention to socially appropriate conduct. *Aggressive Behavior*, 11:93–101.

Jefferis, B. J. M. H., Powwer, C. i Manor, O. (2005). Adolescent drinking level and adult binge drinking in a national birth cohort. *Addiction* 100 543-549.

Johansen, D., Gronbaek, M., Overvad, K., Schnohr, P. i Andersen, P. K. (2005). Generalized additive models applied to analysis of the relation between amount and type of alcohol and all-cause mortality. *Eur J Epidemiol*. 20(1):29-36.

John, U., Meyer, C., Rumpf, H-J. i Hapke, U. (2004). Smoking, nicotine dependence and psychiatric comorbidity – a population-based study including smoking cessation after three years. *Drug and Alcohol dependence* 76 287-295.

Kagan, A., Harris, B. R., Winkelstein, W. *et al* (1974). Epidemiological studies of coronary heart disease and stroke in Japanese men living in Japan, Hawaii and California: demographic, physical, dietary and biochemical characteristics. *Journal of Chronic Disorders* 27 345-364.

Kaufman Kantor, G. i Asdigian, N. (1997). When women are under the influence: Does drinking or drug use by women provoke beatings by men? A: Galanter, M., ed. *Alcohol and Violence*:

Epidemiology, Neurobiology, Psychology, Family Issues. Recent Developments in Alcoholism, Vol. 13. New York: Plenum Press, pp. 315–336.

Kaufman Kantor, G. i Straus, M. A. (1987). The “drunken bum” theory of wife beating. *Social Problems* 34(3):214–230.

Keil, U., Chambless, L. E., Doring, A., Filipiak, B. i Stieber, J. (1997). The relation of alcohol intake of coronary heart disease and all-cause mortality in a beer-drinking population, *Epidemiology*, 8, 150- 156.

Kelly, A. B., Halford, K. i Young, R. Mc. D. (2000). Maritally distressed women with alcohol problems: the impact of a short-term alcohol-focused intervention on drinking behaviour and marital satisfaction. *Addiction*, 95, 1537–1549.

Kessler, R., Crum, R., Warner, L., Nelson, C., Schulenberg, J. i Anthony, J. (1997). Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 54, 313–321.

Kessler, R., Nelson, C., McGonagle, K., Edlund, M., Frank, R. i Leaf, P. (1996). The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: Implications for prevention and service utilization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 17–31.

Kitamura A., Iso H., Sankai T. *et al.* (1998). Alcohol intake and premature coronary heart disease in urban Japanese men. *American Journal of Epidemiology*, 147(1):59–65.

Klatsky, A. L. (1996). Alcohol, coronary heart disease, and hypertension. *Annual Review of Medicine*, 47:149–160.

Klatsky, A. L., Friedman, G. D., Siegelau, A. B. i Gerard, M. J. (1977). Alcohol consumption and blood pressure: Kaiser-Permanente multiphasic health examination data. *N Engl J Med* 296: 1194–1200.

Klatsky, A. L. (1999). Moderate drinking and reduced risk of heart disease, *Alcohol Research and Health*, 23, 15-22.

Klatsky, A. L. (2001). Cardiovascular system. In Heather, N., Peters, T.J. and Stockwell, T., eds. *International handbook of alcohol dependence and problems*. Chichester: John Wiley and Sons, Ltd.

Knuiman, M. W i Vu, H. T. (1996.) Risk factors for stroke mortality in men and women: the Busselton Study. *Journal of Cardiovascular Risk*, 3(5):447–452.

Kodituwakko, P. W., Kalber, W. i May, P. A. (2001). The effects of prenatal alcohol exposure on executive functioning. *Alcohol Research and Health* 25 192-198.

Kogawa, M. i Wada, S. (2005). Osteoporosis and alcohol intake *Clin Calcium*., 15(1):102-5.

Komro, K. A., Williams, C. L., Forster, J. L., Perry, C. L., Farbakhsh, K. i Stigler, M. H. (1999). The relationship between adolescent alcohol use and delinquent behaviors. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 9, 13–28.

Kratzer, W., Kachele, R., Mason, A., Muche, R., Hay, B., Wiesneth, W., Hill, V., Beckh, K. i Adler, G. (1997). Gallstone prevalence in relation to smoking, alcohol, coffee consumption and nutrition: the Ulm Gallstone Study. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 32, 953–958.

Kringlen, E., Tirgersen, S. i Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study *Am J Psychiatry* 158 1091-1098.

Kristenson, H., Ohlin, M. B., Hultin-Nosslin, E., Trell, E. i Hood, B. (1983). Identification and intervention of heavy drinking in middle-aged men. Results and follow-up of 24-60 months of long-term study with randomised controls. *Alcoholism: clinical and experimental research* 7 203-209.

Lang, A., Martin, S. (1993). Alcohol-related violence: An individual offender focus. A: Alcohol and interpersonal violence: Fostering multidisciplinary perspectives, pp. 221–236. Washington, DC: United States Department of Health and Human Services.

Last, J. (2001). *A dictionary of epidemiology*. (Fourth edition ed.) Oxford: Oxford University Press.

Leclerc, A., Lert, F. i Fabien, C. (1990). Differential mortality: some comparisons between England and Wales, Finland and France, based on inequality measures, *International Journal of Epidemiology*, 19, 1001-1010.

Ledermann, S. (1964). *Alcool, Alcolism, Alcolisation*. Vol. 2. Presses Universitaires de France, Paris.

Leino, E. V., Romelsjo, A., Shoemaker, C. *et al.* (1998). Alcohol consumption and mortality: II. Studies of male populations, *Addiction*, 93, 205- 218.

Leitzmann, M. F., Giovannucci, E. L., Rimm, E. B., Stampfer, M. J., Spiegelman, D., Wing, A. L. i Willett W. C. (1998). The relation of physical activity to risk for symptomatic gallstone disease in men. *Annals of Internal Medicine*, 128, 417–425.

Lemmens, P. H. (2001). Relationship of alcohol consumption and alcohol problems at the population level. In Heather, N., Peters, T.J. and Stockwell, T., eds. *International handbook of alcohol dependence and problems*. Chichester: John Wiley and Sons, Ltd.

Leonard, K. E. i Rothbard, J. C. (1999). Alcohol and the marriage effect. *Journal of Studies on Alcohol* (Suppl. 13), 139-146S.

Leonard, K. E., Quigley, B. M. i Collins, R. L. (2002). Physical aggression in the lives of young adults: prevalence, location, and severity among college and community samples. *Journal of Interpersonal Violence*, 17, 533–550.

Leonard, K. E. (2005). Alcohol and intimate partner violence: when can we say that heavy drinking is a contributory cause of violence? *Addiction* 100 422-425.

Lesage, A. D., Boyer, R., Grunberg, F., Vanier, C., Morissette, R., Ménard-Buteau, C. i Loyer, M. (1994). Suicide and mental disorders: a case-control study of young men. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1063–1068.

Levine, J. A., Harris, M. M. i Morgan, M. Y. (2000). Energy expenditure in chronic alcohol abuse. *Eur J Clin Invest* 30: 779–786.

Li, G., Smith, G. S. i Baker, S. P. (1994). Drinking behaviour in relation to cause of death among U.S. adults. *American Journal of Public Health*, 84:1402–1406.

Lieber, C. S. (1988). The influence of alcohol on nutritional status. *Nutr Rev* 46: 241–254.

Lipsey, M. W., Wilson, D. B., Cohen, M. A. i Derzon, J. H. (1997). Is there a causal relationship between alcohol use and violence? A synthesis of evidence. A: Galanter, M., ed. *Alcohol and Violence: Epidemiology, Neurobiology, Psychology, Family Issues. Recent Developments in Alcoholism*, Vol. 13. New York: Plenum Press, pp. 245–282.

Liu, S., Serdula, M. K., Williamson, D. F., Mokad, A. H. i Byers, T. (1994). A prospective study of alcohol intake and change in body weight among US Adults. *Am J Epidemiol* 140: 912–920.

Lloyd-Jones, D. M., Martin, D. O., Larson, M. G. i Levy, D. (1998). Accuracy of death certificates for coding coronary heart disease as the cause of death. *Ann Intern Med.* 129 1020-6.

Loxely, W., Toumbourou, J. W., Stockwell, T., Haines, B., Scott, K., Godfrey, C., Waters, E., Patton, G., Fordham, R., Gray, D., Marshall, J., Ryder, D., Saggars, S., Sanci, L. i Williams, J. (2004). The prevention of substance use, risk and harm in Australia. Canberra: National Drug Research Institute and Centre for Adolescent Health.

Lumeng, L. i Crabb, D. W. (1994). Genetic aspect and risk factors in alcoholism and alcoholic liver disease. *Gastroenterology* 107 572.

Lundberg, O. i Osterberg, E. (1990). Klass och alkohol. Bidrar klasskillnader i alkoholrelaterad dödlighet till dödlighetsskillnaderna i Sverige? *Alkoholpolitik, Tidskrift för nordisk alkoholforskning*, 7, 196-204.

Macdonald, S., Cherpitel, C. J., Borges, G., DeSouza, A., Giesbrecht, N. i Stockwell, T. (2005). The Criteria for Causation of Alcohol in Violent Injuries Based on Emergency Room Data From Six Countries. *Addictive Behaviors*, 30: 103-113.

Makela, P., Valkonen, T. i Martelin, T. (1997). Contribution of deaths related to alcohol use to socio-economic variation in mortality: register based follow up study, *British Medical Journal*, 315.

Mäkelä, K. i Mustonen, H. (1988). Positive and negative consequences related to drinking as a function of annual alcohol intake. *Brit. J. Addict.* 83, 403-408.

Mäkelä, K. i Simpura, J., (1985). Experiences related to drinking as a function of annual alcohol intake and by sex and age. *Drug Alcohol Depend.* 15, 389-404.

Mäkelä, P. (1999). Alcohol-related mortality as a function of socio-economic status. *Addiction*, 94, 867–886.

Mäkelä, P., Fonager, K., Hibell, B., Nordlund, S., Sabroe, S. i Simpura, J. (1999). Drinking habits in the Nordic countries. Oslo: National Institute for Alcohol and Drug Research.
Makkai, T. (1997). Alcohol and disorder in the Australian community: Part I—Victims. *Trends and Issues in Crime and Criminal Justice* No 76. Canberra: Australian Institute of Criminology.

Mangione, T. W., Howland, J., Amick, B. *et al.* (1999). Employee drinking practices and work performance. *Journal of Studies on Alcohol* 60:261–270.

Mann, R. E., Smart, R. G. i Govoni, R. (2003). The epidemiology of alcoholic liver disease. *Alcohol Research and Health* 27 209-219.

Markos, A. R. (2005). Alcohol and sexual behaviour. *International Journal of STD and AIDS* 16 123-127.

Markou, A., Kosten, T. R. i Koob, G. F. (1998). Neurobiological similarities in depression and drug dependence: a self-medication hypothesis. *Neuropsychopharmacology*, 18(3):135–174.

Marmot, M. G., North, F., Feeney, A. i Head, J. (1993). Alcohol consumption and sickness absence: From the Whitehall II study. *Addiction* 88:369–382.

Martin, S. E. i Bachman, R. (1997). The relationship of alcohol to injury in assault cases. A: Galanter, M., ed. *Recent Developments in Alcoholism*, vol. 13, pp. 42 56. New York: Plenum Press.

Martin, S. E. (1992). The epidemiology of alcohol-related interpersonal violence. *Alcohol Health and Research World*, 16, 230– 237.

Mattson, S. N., Schoenfeld, A. M. i Riley, E. P. (2001). Teratogenic effects of alcohol on brain and behaviour. *Alcohol Research and Health* 25 175-191.

Mazzaglia, G., Britton, A. R., Altmann, D. R., i Chenet, L. (2001). Exploring the relationship between alcohol consumption and non-fatal or fatal stroke: systematic review. *Addiction* 96, 1743-1756.

Mckenzie, C. i Eisenberg, P. R. (1996). Alcohol, coagulation, and arterial thrombosis, A: Zakhari, S. i Wassef, M., eds. *Alcohol and the Cardiovascular System*, chapter 22, pp. 413-439 (Bethesda, MD, National Institutes of Health, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism).

McLeod R., Stockwell T., Stevens M. i Phillips M. (1999). The relationship between alcohol consumption patterns and injury. *Addiction*, 94, 1719–1734.

Mennella, J. (2001). Alcohol's effect on lactation. *Alcohol Research and Health* 25 230-234.

Merikangas, K. R., Mehta, R. L., Molnar, B. E. *et al.* (1998). Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Addictive Behaviors: An International Journal*, 23(6):893–907.

Meyer, R., Suter, P. M. i Vetter, W. (1999). Alcohol—a risk factor for overweight? *Schweiz Rundsch Med Prax* 88: 1555–1561.

Meyerhoff, D. J. (2001). Effects of alcohol and HIV infection on the central nervous system. *Alcohol Research and Health* 25 288-298.

Midanik, L. T. (1999). Drunkenness, feeling the effects and 5 plus measures. *Addiction*, 94, 887–897.

Midanik, L. T., Tam, T. W., Greenfield, T. K. i Caetano, R. (1996). Risk functions for alcohol-related problems in a 1988 US sample, *Addiction*, 91, 1427-1437.

Midanik, L., Tam, T., Greenfield, T. K. i Caetano, R. (1996). On taking risks. *Addiction*, 91, 1453-1456.

Miller, B. A. i Downs, W. R. (1993). The impact of family violence on the use of alcohol by women. *Alcohol Health and Research World*, 17, 137–143.

Miller, B. A., Downs, W. R. i Gondoli, D. M. (1989). Spousal violence among alcoholic women as compared with a random household sample of women. *Journal of Studies on Alcohol*, 50, 533–540.

Miller, B. A., Maguin, E. i Downs, W.R. (1997). Alcohol, drugs, and violence in children's lives. A: Galanter, M., ed. *Recent Developments in Alcoholism: Volume 13. Alcoholism and Violence*. New York: Plenum Press, pp. 357–385.

Mirrlees-Black, C. (1999). Domestic violence: findings from a new British Crime Survey self-completion questionnaire. Home Office Research Study No. 191. London: Home Office.

Monterrosa, A. E., Haffner, S. M., Stern, M. P. i Hazuda, H. P. (1995). Sex difference in lifestyle factors predictive of diabetes in Mexican Americans. *Diabetes Care* 18 448-456.

Monforte, R., Estruch, R., Valls-Solé, J., Nicolás, J., Villalta, J. i Urbano-Marquez, A. (1995). Autonomic and peripheral neuropathies in patients with chronic alcoholism. A dose-related toxic effect of alcohol. *Archives of Neurology* 52, 45–51.

Morton, L. M., Zheng, T., Holford, T. R., Holly, E. A., Chiu, B. C. H., Costantini, A. S., Stagnaro, E., Willett, E. V., Maso, L. D., Serraino, D., Chang, E. T., Cozen, W., Davis, S., Severson, R. K., Bernstein, L., Mayne, S. T., Dee, F. R., Cerhan, J. R. i Hartge, P. (2005). Alcohol consumption and risk of non-Hodgkin lymphoma: a pooled analysis. *Lancet Oncol* 6: 469–76.

Moskowitz, H. i Fiorentino, D. (2000). A review of the literature on the effects of low doses of alcohol on driving related skills. Springfield, VA: US Department of Transportation, National Highway Traffic Safety Administration.

Moyer, A., Finney, J. W., Swearingen, C. E. i Vergun, P. (2002). Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction*, 97: 279–292.

Mueser K. T. i Kavanagh D. (2001). Treating comorbidity of alcohol problems and psychiatric disorder. In N Heather, TJ Peters, T Stockwell (Eds), *International Handbook of Alcohol Dependence and Problems*, John Wiley and Sons.

Mukamal, K. J., Chung, H., Jenny, N. S., Kuller, L. H., Longstreth, W. T. Jr., Mittleman, M. A., Burke, G. L., Cushman, M., Beauchamp, N. J. Jr. i Siscovick, D. S. (2005). Alcohol use and risk of ischemic stroke among older adults: the cardiovascular health study. *Stroke*, 36(9):1830-4.

Mukamal, K. J., Jense, M. K., Gronbaek, M., Stampfer, M. J., Manson, J. E., Pischon, T. i Rimm, E. B. (2005). Drinking frequency, mediating biomarkers, and risk of myocardial infarction in women and men. *Circulation*. 112(10):1406-13.

Mukamal, K. J., Tolstrup, J. S., Friberg, J., Jensen, G. i Gronbaek, M. (2005). Alcohol consumption and risk of atrial fibrillation in men and women: the Copenhagen City Heart Study. *Circulation*, 112(12):1736-42.

Mukamal, K. J., Conigrave, K. M., Mittleman, M. A., Camargo, C. A., Stampfer, M. J., Willett, W. C. i Rimm, E. B. (2003). Roles of drinking pattern and type of alcohol consumed in coronary heart disease in men. *New England Journal of Medicine*, 348, 109-118.

Mullahy, J. i Sindelar, J. L. (1996). Employment, unemployment and problem drinking. *Journal of Health Economics* 1996 15 409-434.

Murdoch, D., Pihl, R. O. i Ross, D. (1990). Alcohol and crimes of violence: present issues. *International Journal of the Addictions*, 25, 1065 1081.

Murray, R. P., Connett, J. E., Tyas, S. L. *et al.* (2002). Alcohol volume, drinking pattern, and cardiovascular disease morbidity and mortality: is there a U-shaped function? *American Journal of Epidemiology*, 155(3):242–248.

Murray, C. J. L. i Lopez, A. (1996). Quantifying the burden of disease and injury attributable to ten major risk factors, A: Murray, C. i Lopez, A., eds. *The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*, pp. 295-324 (Boston, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank).

Mustonen, H. i Mäkelä, K. (1999). Relationships between characteristics of drinking occasions and negative and positive experiences related to drinking *Drug Alcohol Depend* 56 79-84.

Muthen, B., Grant, B. i Hasin, D. (1992). Subgroup Differences in Factor Structure for DSM-III-R and Proposed DSM-IV Criteria for Alcohol Abuse and Dependence in the 1988 National Health Survey. Los Angeles, CA: UCLA Graduate School of Education.

Naimi, T. S., Brown, D. W., Brewer, R. D., Giles, W. H., Menash, G., Serdula, M. K., Mokdad, A. H., Hungerford, D. W., Lando, J., Naimi, S. i Stroup, D. F. (2005). Cardiovascular risk factors and confounders among nondrinking and moderate-drinking US adults. 28 369-373.

Naveau, S., Giraud, V., Borotto, E., Aubert, A., Capron, F. i Chaput, J. (1997). Excess weight risk factor for alcoholic liver disease. *Hepatology* 25, 108-111.

Nelson, S. i Kolls, J. K. (2002). Alcohol, host defence and society. *Nature Reviews Immunology* 2 205-209.

Nielsen, N. R., Thygesen, L. C., Johansen, D., Jensen, G. i Gronbaek, M. (2005). The influence of duration of follow-up on the association between alcohol and cause-specific mortality in a prospective cohort study. *Ann Epidemiol*. 15(1):44-55.

Norström, T. Ed. (2001). *Alcohol in postwar Europe: Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries*. Stockholm: National Institute of Public Health, European Commission.

Nyström, M. (1992). Positive and negative consequences of alcohol drinking among young university students in Finland. *Brit. J. Addict*. 87, 715-722.

O'Farrell, T. J. i Choquette, K. (1991). Marital violence in the year before and after spouse-involved alcoholism treatment. *Family Dynamics of Addiction Quarterly*, 1, 32–40.

O'Farrell, T. J., Fals-Stewart, W., Murphy, M. i Murphy, C. M. (2003). Partner violence before and after individually based alcoholism treatment for male alcoholic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 92–102.

O'Farrell, T. J., Murphy, C. M., Neavins, T. M. i Van Hutton, V. (2000). Verbal aggression among male alcoholic patients and their wives in the year before and two years after alcoholism treatment. *Journal of Family Violence*, 15, 295–310.

O'Farrell, T. J., Van Hutton, V. i Murphy, C. M. (1999). Domestic violence before and after alcoholism treatment: a two year longitudinal study. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 317–321.

Obe, G. i Anderson, D. (1987). Genetic effects of ethanol. *Mut Res* 186: 177–200.

Olenick, N. L. i Chalmers, D. K. (1991). Gender-specific drinking styles in alcoholics and nonalcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 52, 324–330.

Organització Mundial de la Salut (1992). The ICD-10 Classification of mental and behavioral disorders. Geneva, World Health Organization.

Organització Mundial de la Salut (2001). The International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: World Health Organization.

Organització Mundial de la Salut (2004). Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. Geneva: World Health Organization.

Oscar-Berman, M. i Marinkovic, K. (2003). Alcoholism and the brain: an overview. *Alcohol Research and Health* 27 125-133.

Paljärvi, T., Mäkelä, P. i Poikolainen, K. (2005). Pattern of drinking and fatal injury: a population-based follow-up study of Finnish men. *Addiction* 100 1851-1859.

Parker, R. (1993). Alcohol and theories of homicide. A: Adler, F. i Laufer, W., eds. *Advances in Criminological Theories*, vol. 4, pp. 113–142. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.

Parker, R. N. i Auerhahn, K. (1998). Alcohol, drugs and violence. *Annual Review of Sociology*, 24, 291–311.

Parsons, O. A. i Nixon, S. J. (1998). Cognitive functioning in sober social drinkers: a review of the research since 1986. *Journal of Studies on Alcohol*, 59, 180–190.

Peele, S. i Brodsky, A. (2000). Exploring psychological benefits associated with moderate alcohol use. *Drug and Alcohol Dependence* 60 221-247.

Peele, S. i Grant, M. (Eds) (1999). *Alcohol and Pleasure: A Health Perspective*. Washington DC: International Center for Alcohol Policies.

Penick, E. C., Powell, B. J., Liskow, B. I., Jackson, J. O. i Nickel, E. J. (1988). The stability of coexisting psychiatric syndromes in alcoholic men after one year. *Journal of Studies on Alcohol*, 49:395–405.

Pernanen, K. (1991). *Alcohol in Human Violence*. New York: Guilford Press.

Pernanen, K., Cousineau, M. M., Brochu, S. i Sun, F. (2002). Proportions of Crimes Associated with Alcohol and Other Drugs in Canada. Ottawa: Canadian Centre on Substance Use.

Perry, I. J., Wannamethee, S. G., Walker, M. K., Thomson, A. G., Whincup, P. H. i Shaper, A. G. (1995). Prospective study of risk factors for development of non-insulin dependent diabetes in middle aged British men. *British Medical Journal*, 310(6979):560–4.

Peterson, J. B., Rothfleisch, J., Zelazo, P. i Pihl, R. O. (1990). Acute alcohol intoxication and neuropsychological functioning. *Journal of Studies on Alcohol* 51, 114-122.

Petrakis, I. L., Gonzalez, G., Rosenheck, R. i Krystal, J. H. (2002). Comorbidity of alcoholism and psychiatric disorders. *Alcohol Research and Health* 26 81-89.

Pettinati, H., Sugerman, A. i Maurer, H. S. (1982). Four-year MMPI changes in abstinent and drinking alcoholics. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 6:487–494.

Phillips, B. J. i Jenkinson, P. (2001). Is ethanol genotoxic? A review of the published data. *Mutagenesis* 16 91-101.

Piano, M. R. (2002). Alcoholic cardiomyopathy. *Chest* 121 1638-1650.

Pihl, R. O., Peterson, J. B. i Lau, M. A. (1993). A biosocial model of the alcohol aggression relationship. *Journal of Studies on Alcohol*, 11, 128 139.

Pirkola, S. P., Isometsa, E., Suvisaari, J., Aro, H., Joukamaa, M., Poikolainen, K., Koskinen, S., Aromaa, A. i Lonnqvist, J. K. (2005). DSM-IV mood-, anxiety- and alcohol use disorders and their co-morbidity in the Finnish general population. *Soc Psychiatry psychitar epidemiol* 40 1-10.

Pletcher, M. J., Tice, J. A., Pignone, M. *et al.* (2004). Using the coronary artery calcium score to predict coronary heart disease events: a systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med* 164:1285–92.

Pletcher, M. J., Varosy, P., Kiefe, C. I., Lewis, C. E., Sidney, S. i Hulley, S. B. (2005). Alcohol consumption, binge drinking and early coronary calcification: findings from the coronary artery risk development in young adults (CARDIA) study. *American Journal of Epidemiology* 161 423-433.

Pliner, P. i Cappell, H. (1974). Modification of affective consequences of alcohol: a comparison of solitary and social drinking. *Journal of Abnormal Psychology*, 83, 418-425.

Poikolainen, K., Vahtera, J., Virtanen, M., Linna, A., i Kivimäki, M. (2005). Alcohol and coronary heart disease risk—is there an unknown confounder? *Addiction*. 100 1150-1157.

Poikolainen, K. i Vartiainen, E. (1999). Wine and good subjective health. *Am. J. Epidemiol.* 150, 47-50.

Poschl, G. i Seitz, H. K. (2004). Alcohol and cancer. *Alcohol Alcohol* 39 155-65.

Preedy, V. R., Mantle, D. i Peters, T. J. (2001). Alcoholic muscle, skin and bone disease. In N Heather, TJ Peters, T Stockwell (Eds.), *International Handbook of Alcohol Problems and Dependence*. West Sussex, U.K: John Wiley and Sons, Ltd.

Prescott, E., Grønbaek, M., Becker, U. i Sørensen, T. I. A. Alcohol intake and the risk of lung cancer: Influence of type of alcoholic beverage. *Am J Epidemiol* 1999;149:463-70.
Puddey, I. B., Rakic, V., Dimmitt, S. B. i Beilin, L. J. (1999). Influence of drinking on car-diovascular disease and cardiovascular risk factors: a review. *Addiction*, 94:649–663.

Puffer, R. i Griffith, G.W. (1967). *Patterns of Urban Mortality*, Scientific Publication No. 151. Washington DC: Pan American Health Organization.

Quigley, B. M. i Leonard, K. E. (1999). Husband alcohol expectancies, drinking, and marital conflict styles as predictors of severe marital violence among newlywed couples. *Psychology of Addictive Behaviors* 13, 49-59.

Ramstedt, M. (2001). Per capita alcohol consumption and liver cirrhosis mortality in 14 European countries, *Addiction*, 96, Supplement 1, S19-S34.

Ramstedt, M. (2002). Alcohol-related mortality in 15 European countries in the postwar period. *European Journal of Population*. 2002;18:307-23.

Ramstedt, M. (2003). Alcohol consumption and liver cirrhosis mortality with and without mention of alcohol - the case of Canada. *Addiction* 98 1267-1276.

Raynard, B., Balian, A., Fallik, D., Capron, F., Bedossa, P. Chaput, J-C., i Naveau, S. (2002). Risk factors of fibrosis in alcohol-induced liver disease. *Hepatology* 35, 635-638.

Reeder, V. C., Aikens, M. L., Li, X.-N. i Booyse, F. M. (1996). Alcohol and the fibrinolytic system, A: Zakhari, S. i Wassef, M., eds. *Alcohol and the Cardiovascular System*, chapter 21, pp. 391-411 Bethesda, MD, National Institutes of Health, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S. *et al.* (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *JAMA: Journal of the American Medical Association* 264:2511–2518.

Rehm, J., Room, R., Graham, K., Monteiro, M., Gmel, G. i Sempos, C. T. (2003). The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. *Addiction* 98 1209-1228.

Rehm, J., Room, R., Monteiro, M., Gmel, G., Graham, K., Rehn, T., Sempos, C. T., Frick, U. i Jernigan, D. Alcohol. (2004). A: OMS (ed), *Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease due to selected major risk factors*. Geneva: WHO.

Rehm, J. i Rossow, I. (2001). The impact of alcohol consumption on work and education. A: Klingemann H. i Gmel G. (eds.) *Mapping the Social Consequences of Alcohol Consumption*, pp. 67-77. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

Rehm, J. i Gmel, G. (1999). Patterns of alcohol consumption and social consequences. Results from an 8 year follow-up study in Switzerland. *Addiction* 94 899-912.

Rehm, J. i Gmel, G. (2000). Gaps and needs in international alcohol epidemiology. *Journal of Substance Use* 5, 6-13.

Rehm, J. i Sempos, C. T. (1995). Alcohol consumption and all-cause mortality—questions about causality, confounding and methodology, *Addiction*, 90, 493-498.

Rehm, J., Ashley, M., Room, R. *et al.* (1996). Emerging paradigm of drinking patterns and their social and health consequences, *Addiction*, 91, 1615-1621.

Reich, T., Edenberg, H. J., Goate, A., Williams, J. T., Rice, J. P., Van Eerdewegh, P., Foroud, T., Hesselbrock, V., Schuckit, M. A., Bucholz, K., Porjesz, B., Li, T. K., Conneally, P. M., Nurnberger, J. I., Jr., Tischfield, J. A., Crowe, R. A., Cloninger, C. R., Wu, W., Shears, S., Carr, K., Crose, C., Willig, C. i Begleiter, H. (1998). Genome-wide search for genes affecting the risk for alcohol dependence. *Am J Med Genet* 81(3):207–215.

Renaud, S., Guegen, R., Schenker, J. i D'houtard, A. (1998). Alcohol and mortality in middle-aged men from eastern France, *Epidemiology*, 9 184-188.

Reynolds, K., Lewis, L. B., Nolen, J. D. L., Kinney, G. L., Sathya, B. i He, J. (2003). Alcohol consumption and risk of stroke *Journal of the American Medical Association* 289 (5): 579-588.

Rich, E. C., Siebold, C. i Campion, B. (1985). Alcohol-related acute atrial fi brillation. A case-control study and review of 40 patients, *Archives of Internal Medicine*, 145, 830- 833.

Richardson, A. i Budd, T. (2003). *Alcohol, Crime and Disorder: a Study of Young Adults*. Home Office Research Study 263. London: Home Office Research, Development and Statistics Directorate.

Ridolfo, B. i Stevenson, C. (2001). *The Quantification of Drug-Caused Mortality and Morbidity in Australia, 1998*. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare.

Rimm, E. B., Chan, J., Stampfer, M., Colditz, G. A. i Willett, W. (1995). Prospective study of cigarette smoking, alcohol use, and the risk of diabetes in men. *British Medical Journal*, 310, 555–559.

Rissanen A., Sarlio-Lahteenkorva, S., Alfthan, G., Gref, C. G., Keso, L. i Salaspuro, M. (1987). Employed problem drinkers: a nutritional risk group? *Am J Clin Nutr* 45: 456–461.

Rissanen, A. M., Heliövaara, M., Knekt, P., Reunanen, A. i Aromaa, A. (1991). Determinants of weight gain and overweight in adult Finns. *Eur J Clin Nutr* 45: 419–430.

Robinette, C. D., Hrubec, Z. i Fraumeni, J. F. (1979). Chronic alcoholism and subsequent mortality in World War II veterans, *American Journal of Epidemiology*, 109, 687- 700.

Rodgers, B., Korten, A. E., Jorm, A. F., Jacomb, P. A., Christensen, H. i Henderson, A. S. (2000). Non-linear relationships in associations of depression and anxiety with alcohol use. *Psychological Medicine*, 30(2):421–432.

Rodgers, B., Korten, A. E., Jorm, A. F., Christensen, H., Henderson, S. i Jacomb, P. A. (1990). Risk factors for depression and anxiety in abstainers, moderate drinkers and heavy drinkers. *Addiction* 95, 1833–1845.

Rodgers, B., Windsor, T. D., Anstey, K. J., Dear, K. B. G., Jorm A. F. i Christensen, H. (2005). Non-linear relationships between cognitive function and alcohol consumption in young, middle-aged and older adults: the PATH Through Life Project *Addiction*, 100, 1280–1290.

Romelsjo, A. i Lundberg, M. (1996). The changes in the social class distribution of moderate and high alcohol consumption and of alcohol-related disabilities over time in Stockholm County and in Sweden, *Addiction*, 91, 1307-1323.

Room, R. (2005). Drinking patterns as an ideology. *Addiction* 100 1803-1804.

Room, R., Babor, T. i Rehm, J. (2005). Alcohol and Public Health. *Lancet* 365 (Feb. 5): 519-530.

Room, R., Bondy, S. J. i Ferris, J. (1995). The risk of harm to oneself from drinking, Canada 1989. *Addiction*, 90, 499– 513.

Room, R., Rehm, J., Trotter, R. T., Paglia, A., i Üstün, T. B. (2001). Cross-cultural views on stigma, valuation, parity, and societal values towards disability. A: Üstün T.B., Chatterji S., Bickenbach J.E., Trotter R.T., Room R., Rehm J., i Saxena S., eds. *Disability and Culture: Universalism and Diversity*, pp. 247-291. Seattle: Higreffe and Huber.

Rose, D., Murphy, S. P., Hudes, M. i Viteri, F. E. (1995). Food energy remains constant with increasing alcohol intake. *J Am Diet Assoc* 95: 698–700.

Rose, G. (1992). *The strategy of preventive medicine*. Oxford: Oxford University Press.

Rossow, I. (2000). Suicide, violence and child abuse: review of the impact of alcohol consumption on social problems. *Contemporary Drug Problems* 27, 397-434.

Rossow, I., Parnanen, K., i Rehm, J. (2001). Alcohol, suicide and violence. A: Klingemann, H. i Gmel, G. (eds.) *Mapping the Social Consequences of Alcohol Consumption*, pp. 93-112. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

Rossow, I. i Hauge, R. (2004). Who pays for the drinking? Characteristics of the extent and distribution of social harms from others' drinking. *Addiction* 99 1094-1102.

Rossow, I. (1996). Alcohol and suicide –beyond the link at the individual level. *Addiction* 1996 91 1463-1469.

Rossow, I. (1996). Alcohol related violence: the impact of drinking pattern and drinking context. *Addiction*, 91, 1651– 1661.

Rothman, K. J. i Greenland S. (1998). *Causation and causal inference*. A: Modern epidemiology. 2nd edn. Rothman KJ, Greenland S, eds. Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia, PA.

Rourke, S. B., i Löberg, T. (1996). The neurobehavioral correlates of alcoholism. A: Nixon, S.J., ed. *Neuropsychological Assessment of Neuropsychiatric Disorders*, 2d ed. New York: Oxford University Press, pp. 423–485.

Sacco, R. L., Elkind, M., Boden-Albala, B. *et al.* (1999). The protective effect of moderate alcohol consumption in ischemic stroke. *Journal of the American Medical Association*, 281(1):53–60.

Saccone, N. L., kwon, J.M., Corbett, J. *et al.* (2000). A genome screen of maximum number of drinks as an alcoholism phenotype. *American Journal of Medical Genetics (Neuropsychiatric Genetics)* 96:632–637.

Sahi, T., Paffenbarger, R. S. J., Hsieh, C. C. i Lee, I. M. (1998). Body mass index, cigarette smoking, and other characteristics as predictors of self-reported, physician-diagnosed gallbladder disease in male college alumni. *American Journal of Epidemiology*, 147, 644–651.

Sampson, H. W. (2002). Alcohol and other factors affecting osteoporosis risk in women. *Alcohol Research and Health* 26 292-298.

Sayette, M. A., Wilson, T. i Elias, M. J. (1993). Alcohol and aggression: a social information processing analysis. *Journal of Studies on Alcohol*, 54, 399 407.

Schiff, E. R. i Ozden, N. (2003). Hepatitis C and alcohol. *Alcohol Research and Health* 27 232-239.

Schiff, E. R. (1997). Hepatitis C and alcohol *Hepatology* 26 (suppl 1) 39s-42s.

Schuckit, M. A. (1996). Alcohol, anxiety, and depressive disorders. *Alcohol Health and Research World*, 20(2):81–85.

Schuckit, M. A., Smith, T. L., Anderson, K. G. i Brown, S. A. (2004). Testing the level of response to alcohol: social information processing model of alcoholism risk--a 20-year prospective study. *Alcohol Clin Exp Res* 2004 Dec;28(12):1881-9.

Seitz, H. K. i Homan, N. (2001). Effect of alcohol on the orogastrointestinal tract, the pancreas and the liver. In N Heather, TJ Peters, T Stockwell (Eds.), *International Handbook of Alcohol Problems and Dependence*. West Sussex, U.K: John Wiley and Sons, Ltd.

Sharps, P. W., Campbell, J., Campbell, D., Gary, F. i Webster, D. (2001). The role of alcohol use in intimate partner femicide. *American Journal on Addictions*, 10, 122 135.

Sierksma, A. (2003). Moderate alcohol consumption and vascular health. PhD Thesis. Utrecht University, Utrecht, The Netherlands.

Siler, S. Q., Neese, R. A., Christiansen, M. P. i Hellerstein, M. K. (1998). The inhibition of gluconeogenesis following alcohol in humans. *Am J Physiol* 275: E897–E907.

Skog, O.-J. (1980) Liver cirrhosis epidemiology: some methodological problems. *British Journal of Addiction*, 75:227–243.

Skog, O.-J. (1991). Drinking and the distribution of alcohol consumption. A: Pittman, D.J. i Raskin White, H. (eds.) *Society, Culture, and Drinking Patterns Reexamined*, pp.135-156. New Brunswick: Alcohol Research Documentation.

Smith, G. S., Branas, C.C. i Miller, T. R. (1999). Fatal nontraffic injuries involving alcohol: A metaanalysis. *Annals of Emergency Medicine* 33(6):659–668.

Sonne, S. C. i Brady, K. T. (2002). Bipolar disorder and alcoholism. *Alcohol Research and Health* 26 103-108.

Sood, B., Delaney-Black, V., Covington, C., Nordstrom-Klee, B., Ager, J., Templin, T. *et al.* (2001). Prenatal alcohol exposure and childhood behaviour at age 6-7 years: dose response effect. *Paediatrics* 108:e34-5.

Spanagel, R. i Heilig, M. (2005). Addiction and its brain science. *Addiction* 100 1813-1822.

Spear, L. (2002). Adolescent brain and the college drinker: Biological basis of propensity to use and misuse alcohol. *J Stud Alc suppl.* 14: 71-81.

Stampfer, M. J., Colditz, G. A., Willett, W. C., Manson, J. E., Arky, R. A., Hennekens i C. H., Speizer, F. E. (1988). A prospective study of moderate alcohol drinking and risk of diabetes in women. *American Journal of Epidemiology*, 128(3):549–58.

Stampfer, M. J., Kang, J. H., Chen, J., Cherry, R., i Grodstein, F. (2005). Effects of Moderate Alcohol Consumption on Cognitive Function in Women. *N Engl J Med* 352:245-53.

Stockwell, T., Lang, E. i Rydon, P. (1993). High risk drinking settings: the association of serving and promotional practices with harmful drinking. *Addiction*, 88, 1519–1526.

Streissguth, A. P., Bookstein, F. L., Sampson, P. D. i Barr, H. M. (1993). *The Enduring Effects of Prenatal Alcohol Exposure on Child Development, Birth Through 7 Years: A Partial Least Squares Solution*. University of Michigan Press, Ann Arbor.
Streissguth AP, Sampson PD, Olson HC, Bookstein FL, Barr HM, Scott M, Feldman J, Mirsky

AF (1994) Maternal drinking during pregnancy: attention and short-term memory in 14-year-old offspring—a longitudinal prospective study. *Alcohol Clin Exp Res* 18:202–218.

Stuart, G. L., Ramsey, S. E., Moore, T. M., Kahler, C. W., Farrell, L. E., Recupero, P. R. i Brown, R. A. (2003). Reductions in marital violence following treatment for alcohol dependence. *Journal of Interpersonal Violence*, 18, 1113–1131.

Sugie, T., Imatou, T., Miyazaki, M. i Une, H. (2005). The effect of alcoholic beverage type on hyperuricemia in Japanese male office workers. *J Epidemiol* 2005 Mar;15(2):41-7.

Suhonen, O., Aromaa, A., Reunanen, A. i Knekt, P. (1987). Alcohol consumption and sudden coronary death in middle-aged Finnish men. *Acta Medica Scandinavica*, 221,335-41.

Suter, P. M., Hasler, E., Meyer, R. i Vetter, W. (1999). Modulation of the alcohol effects on body weight by the family history of overweight. *Int J Obesity* 23(Suppl 5): S94.

Suter, P. M., Hasler, E. i Vetter, W. (1997). Effects of alcohol on energy metabolism and body weight regulation: Is alcohol a risk factor for obesity? *Nutr Reviews* 55: 157–171.

Swahn, M. H. i Donovan, J. E. (2004). Correlates and predictors of violent behavior among adolescent drinkers. *Journal of Adolescent Health*, 34, 480–492.

Swahn, M. H. (2001). Risk factors for physical fighting among adolescent drinkers. *American Journal of Epidemiology*, 153, S72.

Swendsen, J. D., Merikangas, K. R., Canino, G. J. *et al.* (1998). Comorbidity of alcoholism with anxiety and depressive disorders in four geographic communities. *Comprehensive Psychiatry*, 39(4):176–184.

Swift, R. (2003). Direct measurement of alcohol and its metabolites. *Addiction* 98 (suppl 2) 73-80.

Szucs, S., Sarvary, A., McKee, M. i Adany, R. (2005). Could the high level of cirrhosis in central and eastern Europe be due partly to the quality of alcohol consumed? An exploratory investigation. *Addiction* 100 536-542.

Testa, M. i Parks, K. A. (1996). The role of women's alcohol consumption in sexual victimization. *Aggression and Violent Behaviour*, 1 (3): 217–234.

Testa, M., Quigley, B. M. i Leonard, K. E. (2003). Does alcohol make a difference? Within-participants comparison of incidents of partner violence. *Journal of Interpersonal Violence* 18 735-743.

Thom, B. (2001). A social and political history of alcohol. A: Heather, N., Peters, T. J. i Stockwell, T., eds. *International handbook of alcohol dependence and problems*. Chichester: John Wiley and Sons, Ltd.

Thun, M. J., Peto, R., Lopez, A. D., Monaco, J. H., Henley, S. J., Heath, C. W. J. i Doll, R. (1997). Alcohol consumption and mortality among middle-aged and elderly US adults. *The New England Journal of Medicine*, 337, 1705–1714.

Tolstrup, J. S., Jensen, M. K., Tjønneland, A., Overvad, K. i Grønbaek, M. (2004). Drinking pattern and mortality in middle-aged men and women. *Addiction* 99 323-330.

Toumbouro, J. W., Williams, I. R., White, V. M., Snow, P. C., Munro, G. D. i Schofield, P. E. (2004). Prediction of alcohol-related harm from controlled drinking strategies and alcohol consumption trajectories. *Addiction* 99 498-508.

Trevisan, M., Dorn, J., Falkner, K., Russell, M., Ram, M., Muti, P., Freudenheim, J. L., Nochajski, T. i Hovey, K. (2004). Drinking pattern and risk of non-fatal myocardial infarction: a population-based case-control study. *Addiction* 99 313-322.

Trevisan, M. T., Ram, M. i Hovey, K. *et al.* (2001a). Alcohol drinking patterns and myocardial infarction. *American Journal of Epidemiology* 153(11): S97.

Trevisan, M. T., Schisterman, E. i Mennotti, A. *et al.* (2001b). Drinking pattern and mortality: The Italian Risk Factor and Life Expectancy Pooling Project. *Annals of Epidemiology* 11:312–319.

Turner, R. T. i Sibonga, J. D. (2001). Effects of alcohol use and estrogen on bone. *Alcohol Research and Health* 25 276-281.

Tønnesen, H. i Kehlet, H. (1999). Preoperative alcoholism and postoperative morbidity. *British Journal of Surgery*, 86, 869– 874.

Urbano-Marquez, A., Estruch, R., Navarro-lopez, F., Grau, J. M. i Rubin, E. (1989). The effects of alcoholism on the skeletal and cardiac muscle. *New England Journal of Medicine* 320 409-415.

US Department of Health and Human Services (2000). 10th Special report to the US Congress on Alcohol and Health. Washington, US Department of Health and Human Services.

Vahtera, J., Poikolainen, K., Kivimaki, M., Ala-Mursula, L. i Pentti, J. (2002). Alcohol intake and sickness absence: a curvilinear relation. *Am J Epidemiol*, 15;156(10):969-76.

Wagner, F. A. i Anthony, J. C. (2002). From first drug use to drug dependence: developmental periods of risk for dependence upon marijuana, cocaine and alcohol. *Neuropsychopharmacology* 26 479-488.

Wannamethee, S. G. i Shaper, A. G. (1996). Patterns of alcohol intake and risk of stroke in middle-aged British men. *Stroke*, 27:1033–1039.

Wannamethee, S. G. i Shaper, A. G. (2003). Alcohol, body weight, and weight gain in middle-aged men. *Am J Clin Nutr* 77:1312–1317.

Wannamethee, G. i Shaper, A. G. (1992). Alcohol and sudden cardiac death, *British Heart Journal*, 68, 443-448.

Wannamethee, S. G. i Shaper, A. G. (1999). Type of alcoholic drink and risk of major coronary heart disease events and all-cause mortality. *American Journal of Public Health* 89 685-690.

Wannamethee, S. G., Shaper, A. G., Perry, I. J. i Alberti, K. G. M. M. (2002). Alcohol consumption and the incidence of type II diabetes *Journal of Epidemiology and Community Health* 56:542-548.

Watson, D. i Parsons, S. (2005). Domestic Abuse of Women and Men in Ireland: Report on the National Study of Domestic Abuse National Crime Council: www.crimecouncil.ie.

Watt, K., Purdie, D. M., Roche, A. M. i McClure, R. J. (2004). Risk of injury from acute alcohol consumption and the influence of confounders. *Addiction* 99 1262-1273.

Wechsler, H., Davenport, A., Dowdall, G., Moeykens, B. i Castillo, S. (1994). Health and behavioral consequences of binge drinking in college: a national survey of students at 140 campuses. *JAMA*, 272, 1672–1677.

Wechsler, H., Dowdall, G. W., Davenport, A. i Castillo, S. (1995). Correlates of college student binge drinking. *American Journal of Public Health*, 85, 921–926.

Wechsler, H., Dowdall, G. W., Maenner, G., Gledhill-Hoyt, J. i Lee, H. (1998). Changes in binge drinking and related problems among American college students between 1993 and 1997: results of the Harvard School of Public Health College Alcohol Study. *Journal of American College Health*, 47, 57–68.

Wei, M., Gibbons, L. W., Mitchell, T. L., Kampert, J. B. i Blair, S. N. (2000). Alcohol intake and incidence of type 2 diabetes in men. *Diabetes Care* 23(1):18–22.

Wells, S., Graham, K. i West P. (2000). Alcohol-related aggression in the general population. *Journal of Studies on Alcohol*. 61, 626-632.

Wells, J. E., Horwood, L. J. i Fergusson, D. M. (2004). Drinking patterns in mid-adolescence and psychosocial outcomes in late adolescence and early adulthood. *Addiction* 99 1529-1541.

Wells, S. i Graham, K. (2003). Aggression involving alcohol: Relationship to drinking patterns and social context, *Addiction*, 98(1), 33-42.

Wells, S., Graham, K. i West, P. (2000). Alcohol-related aggression in the general population. *Journal of Studies on Alcohol*, 61, 626–632.

Wells, S., Graham, K., Speechley, M. i Koval, J. J. (2005). Drinking patterns, drinking contexts and alcohol-related aggression among late adolescent and young adult drinkers. *Addiction* 100 933-944.

White, H. R. i Chen, P.-H. (2002). Problems drinking and intimate partner violence. *Journal of Studies on Alcohol*, 63: 205–214.

White, I. R. (1999). The level of alcohol consumption at which all-cause mortality is least, *Journal of Clinical Epidemiology*, 52, 967-975.

White, I. R., Altmann, D. R. i Nanchahal, K. (2002). Alcohol consumption and mortality: modelling risks for men and women at different ages. *British Medical Journal* 325 191-198.

Widom, C. S. i Hiller-Sturmhofel, S. (2001). Alcohol abuse as a risk factor for and consequence of child abuse. *Alcohol Research and Health* 25 52-57.

Wiley, J. A. i Weisner, C. (1995). Drinking in violent and nonviolent events leading to arrest: Evidence from a survey of arrestees. *Journal of Criminal Justice* 23, 461-476.

Wilkinson, R. i Marmot, M. Eds. (2003). *Social determinants of health. The solid facts*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Willenbring, M. L. (1986). Measurement of depression in alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 49:412–417.

Williams, C. M. i Skinner, A. E. (1990). The cognitive effects of alcohol abuse: a controlled study. *British Journal of Addiction*, 85, 911–917.

Williams, F. G. i Knox, R. (1987). Alcohol abuse intervention in a university setting. *Journal of American College Health*, 36, 97–102.

Williams, F. M., Cherkas, L. F., Spector, T. D. i MacGregor, A. J. (2005). The effect of moderate alcohol consumption on bone mineral density: a study of female twins. *Ann Rheum Dis*. 64(2):309-10.

Williams, J. T., Begleiter, H. i Porjesz, B. *et al.* (1999). Joint multipoint linkage analysis of multivariate qualitative and quantitative traits. II. Alcoholism and event-related potentials. *American Journal of Human Genetics* 65:1148–1160.

Windham, G. C., Von Behren, J. i Fenster, L. *et al.* (1997). Moderate maternal alcohol consumption and risk of spontaneous abortion. *Epidemiology*, 8(5):509–514.

Zador, P., Krawchuk, S. i Voas, R. (2000). Alcohol-related relative risk of driving fatalities and driver impairment in fatal crashes in relation to driver age and gender: an update using 1996 data. *Journal of Studies on Alcohol* 61 387-395.

Zarkin, G. A., French, M. T., Mroz, T. i Bray, J. (1998). Alcohol use and wages: new results from the National Household Survey on Drug Abuse. *Journal of Health Economics* 17 53-68.

Zhang, L., Wieczorek, W. i Welte, J. (1997). The nexus between alcohol and violent crime. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 21, 1264–1271.

6 L'alcohol i Europa

L'alcohol representa una càrrega important per a diversos aspectes de la vida dels europeus, que es poden descriure, en termes genèrics, com a danys per a la salut i danys socials. Durant el darrer any, set milions d'adults afirmen haver participat en una baralla després de consumir alcohol (basat en una revisió d'alguns estudis nacionals sobre els costos de l'alcohol), i s'estima que, l'any 2003, el cost econòmic dels delictes atribuïbles al consum d'alcohol per a la UE va ser de 33.000 milions d'euros. Aquesta xifra és la suma dels costos derivats de la policia, els jutjats i les presons (15.000 milions d'euros), les despeses per a la prevenció de la delinqüència i l'administració d'assegurances (12.000 milions d'euros) i els danys a la propietat (6.000 milions d'euros). A més, es calcula que els danys a la propietat a causa de la conducció sota els efectes de l'alcohol són de 10.000 milions d'euros, mentre que el cost intangible de les conseqüències físiques i psicològiques dels actes delictius varia entre 9.000 i 37.000 milions d'euros.

Cada any, pateixen dependència de l'alcohol uns 23 milions d'europeus, i s'estima que el dolor i el patiment de les famílies comporta un cost intangible de 68.000 milions d'euros. La magnitud dels danys laborals que comporta l'alcohol és més difícil de calcular, tot i que, entre les persones que consumeixen begudes alcohòliques a la UE15, gairebé un 5% dels homes i un 2% de les dones afirmen que l'alcohol influeix negativament en la feina o els estudis que realitzen. Segons una revisió d'estudis nacionals sobre els costos de l'alcohol, s'estima que la pèrdua de productivitat a causa de l'absentisme i l'atur provocats pel consum d'alcohol comporta un cost d'entre 9.000 i 19.000 milions d'euros i 6.000 i 23.000 milions d'euros, respectivament.

Des de la perspectiva de la salut, cada any l'alcohol és el responsable d'un 195.000 morts a la UE, tot i que també es calcula que pot retardar la mort de 160.000 persones grans, principalment, mitjançant l'efecte cardioprotector que exerceix en les dones que moren després dels 70 anys d'edat (tot i que, a causa de problemes metodològics, segurament, aquesta xifra sobrevalora el nombre de morts retardades). Una estimació més precisa estableix que l'alcohol és la causa d'un total de 115.000 morts de persones de fins a 70 anys d'edat, dada que elimina gran part de la possible sobrevaloració de l'efecte preventiu de l'alcohol. Aquestes xifres fan referència a una situació d'abstinència i, per tant, l'efecte total seria molt més rellevant si s'utilitzés el nivell de consum d'alcohol de baix risc. Per evitar aquest problema, podem mesurar l'impacte de l'alcohol mitjançant els anys de vida ajustats per invalidesa. Tenint en compte aquest factor, l'alcohol és el responsable del 12% de les morts prematures i invalideses entre els homes i del 2% de les morts prematures i invalideses entre les dones, tot i els efectes beneficiosos per a la salut que comporta aquesta substància. Per tant, l'alcohol ocupa la tercera posició entre els 26 factors que causen mala salut a la UE, per davant del sobrepès/obesitat i només darrere de l'hàbit tabàquic i la hipertensió arterial.

L'impacte de l'alcohol en la salut s'observa en una gran varietat d'afeccions, incloses 17.000 morts anuals per accidents de trànsit (un de cada tres de tots els accidents mortals a la carretera), 27.000 morts accidentals, 2.000 homicidis (quatre de cada deu del total d'assassinats), 10.000 suïcidis (un de cada sis del total), 45.000 morts de cirrosi hepàtica, 50.000 morts a causa del càncer, de les quals, 11.000 són morts per càncer de

mama entre la població femenina, i 17.000 morts per afeccions neuropsiquiàtriques, a més de 200.000 episodis de depressió (que representen 2,5 milions d'anys de vida ajustats per invalidesa. Es calcula que el cost del tractament d'aquests problemes de salut és de 17.000 milions d'euros, a més d'uns 5.000 milions d'euros que es destinen al tractament i la prevenció del consum perjudicial d'alcohol i la dependència de l'alcohol. La pèrdua de vides es pot tenir en compte com una pèrdua de potencial productiu (36.000 milions d'euros, excloent les ajudes sanitàries) o bé segons el valor intangible de la vida (entre 145.000 i 712.000 milions d'euros després de tenir en compte les ajudes sanitàries).

Les persones joves suporten una part desproporcionada d'aquesta càrrega: més d'un 10% de la mortalitat entre les dones joves i prop d'un 25% de la mortalitat entre els homes joves són deguts a l'alcohol. Malgrat que no hi ha gaire informació sobre la magnitud dels danys socials que l'alcohol comporta per als joves, un 6% dels estudiants d'entre 15 i 16 anys afirmen haver participat en una baralla després d'haver ingerit alcohol en alguna ocasió, i un 4%, haver mantingut relacions sexuals sense protecció després d'haver begut.

Entre els diversos països d'Europa, l'alcohol té un paper considerable en la menor esperança de vida dels estats membres de la UE10, en comparació amb els països de la UE15. S'estima que la diferència atribuïble a l'alcohol en els índexs bruts de mortalitat arriba a 90 casos per cada 100.000 habitants entre la població masculina, i a 60 casos per cada 100.000 habitants entre la població femenina. En l'àmbit nacional, moltes de les afeccions que comporten desigualtats de salut estan relacionades amb l'alcohol, tot i que l'afecció en concret pot variar (per exemple, cirrosi a França, o morts violentes a Finlàndia). A més, el fet que hi hagi més problemes de salut a les zones marginades sembla que també està relacionat amb el consum d'alcohol. Les investigacions suggereixen que, en aquestes zones, la mortalitat directament atribuïble a l'alcohol és més elevada, més enllà de les diferències que s'expliquen amb les desigualtats individuals.

Molts dels problemes relacionats amb l'alcohol afecten tercers. En aquesta categoria s'inclouen 60.000 nadons amb baix pes en néixer, el 16% dels casos de maltractament i abandonament infantils i entre 5 i 9 milions de nens que viuen amb famílies que pateixen les conseqüències negatives de l'alcohol. D'altra banda, l'alcohol també influeix en la vida de terceres persones adultes, incloses, aproximadament, 10.000 víctimes d'accidents de trànsit causats per la conducció sota els efectes de l'alcohol, sense comptar els conductors intoxicats. A més, una part considerable dels delictes atribuïbles a l'alcohol perjudiquen tercers. Part dels costos econòmics derivats de l'alcohol, inclosos, aproximadament, 33.000 milions d'euros corresponents als actes delictius, 17.000 milions d'euros per als sistemes d'atenció sanitària i entre 9.000 i 19.000 milions d'euros relatius a l'absentisme, corren a càrrec de tercers o institucions.

Tant els experiments naturals com les anàlisis de sèries temporals deixen patents la relació entre la càrrega de l'alcohol per a la salut i els canvis en el consum. Aquests canvis són més indicatius del comportament de les persones amb un nivell de consum elevat que no pas amb un consum baix (tenint en compte, per exemple, que el 10% de les persones amb un patró de consum elevat representen entre un terç i una meitat del total del consum a la majoria de països), però també indiquen la marcada tendència de les poblacions de modificar els nivells de consum col·lectivament. Per a la població en general, una variació d'un litre en el consum

d'alcohol comporta un impacte més elevat als països de la UE15, on el consum per capita és menor (nord d'Europa), però, tot i així, també és significatiu als països del sud del continent, amb relació a la cirrosi, l'homicidi (només homes), els accidents i la mortalitat en general (només homes). Si bé s'ha argumentat que aquesta tendència mostra que als països d'Europa del nord hi ha una cultura de consum explosiu d'alcohol, també pot assenyalar que un canvi d'un litre d'alcohol és proporcionalment més rellevant als països del nord, on es consumeix menys alcohol. En general, s'estima que un descens d'un litre en el consum de begudes alcohòliques podria reduir la mortalitat masculina un 1% al sud i el centre d'Europa i un 3% al nord d'Europa.

Introducció

Al capítol 5 s'han resumit les evidències sobre la relació causal que existeix entre l'alcohol i les diverses conseqüències per a la persona. Aquest capítol proporciona més informació sobre aquest aspecte i mostra les implicacions d'aquestes evidències per a Europa en conjunt, transformant els canvis registrats en els riscos individuals en nivells de danys que afecten tota la societat europea. A la primera part del capítol s'esmenten els danys socials (com la delinqüència, l'entorn laboral), i, posteriorment, s'analitza la magnitud de les conseqüències sanitàries de l'alcohol (tant positives com negatives) a partir dels estudis de l'Organització Mundial de la Salut. Per acabar, es descriu la relació entre el canvis en el nivell de consum d'alcohol d'una societat i la magnitud dels danys (amb uns resultat que, a vegades, difereixen dels canvis en el consum d'alcohol individual presentats al capítol anterior). D'altra banda, també s'empren les estimacions dels costos socials de l'alcohol a Europa, introduïdes al capítol 3. Com s'ha esmentat anteriorment, es recomana als lectors que vulguin fer servir aquestes xifres que consultin el quadre 3.3 del capítol 3 per assegurar-se que els resultats s'empren acuradament.

Danys socials

Les innombrables conseqüències del consum d'alcohol que queden fora de l'àmbit sanitari i que, normalment, se solen anomenar *conseqüències socials* de l'alcohol, representen una part important de l'opinió de la societat sobre les begudes alcohòliques, tot i que la recerca en aquest àmbit encara es troba lluny d'assolir el seu potencial (Klingemann i Gmel, 2001). A data d'avui, els estudis comparatius europeus que existeixen sobre aquest aspecte no són gaire nombrosos, i sovint és impossible fer comparacions fidedignes entre la situació de diversos països. A més, la manca d'informes de qualitat sobre molts dels problemes relacionats amb l'alcohol i la diversitat de mètodes amb què es mesura la influència d'aquesta substància, encara dificulten més aquesta tasca. També hi ha d'altres complicacions, com el gran nombre de biaixos presents a les estadístiques relacionades amb l'alcohol com, per exemple, les probabilitats potencialment diferents de ser arrestat en estat d'embriaguesa, que poden ser més altes perquè la persona té menys capacitats a l'hora d'evitar l'arrest, o més baixes, si es té en compte l'alta demanda de forces policials a les hores punta de consum d'alcohol.

Per contrarestar aquestes mancances, s'han realitzat diversos estudis a partir de les valoracions personals dels enquestats sobre les conseqüències del consum d'alcohol, tant en les persones joves (per exemple, l'estudi ESPAD), com en els adults (per exemple, l'estudi ECAS). Tot i que aquest tipus de recerca proporciona perspectives molt valuoses en un àmbit en el qual, altrament, falta molta informació, els resultats són molt difícils d'interpretar. Per exemple, si en un país es registren uns resultats més elevats que en un altre, ¿això implica realment que els problemes estan més estesos o simplement demostra que hi ha més gent que pensa que el consum d'alcohol comporta conseqüències? A tall d'exemple, als EUA entre 1984 i 1990 es va registrar un descens de totes les mesures objectives sobre el consum de risc i els problemes relacionats amb l'alcohol (consum mitjà, consum de cinc begudes alcohòliques o més en una sola ocasió, malalties hepàtiques i accidents mortals relacionats amb el consum d'alcohol), però, al mateix temps, segons les valoracions dels consumidors, les conseqüències socials van augmentar dràsticament.

Arran d'aquestes observacions, la pregunta que sorgeix és: *què indiquen exactament aquests estudis?* (Room i Hradilova Selin, 2004). En el cas dels danys que són realment *socials*, és a dir, que les altres persones consideren danys, aquesta pregunta és relativament poc problemàtica i les valoracions personals dels consumidors (Room i Hradilova Selin, 2004) o de tercers (Room, 2000) es poden emprar amb certa confiança. Per exemple, molts dels problemes conjugals vinculats a l'alcohol depenen de l'opinió del cònjuge, que pot considerar que el consum d'alcohol representa un problema en si mateix o bé que el problema existeix *independentment* de l'alcohol. Tot i així, pel que fa a les categories que engloben danys menys freqüents però més greus i que es poden mesurar amb una *objectivitat* relativa, com la freqüència d'accidents laborals o el risc de cometre un crim violent, resulta bastant més problemàtic interpretar la valoració dels consumidors al mateix temps que es mostra el paper causal mesurat objectivament (Gmel [et al.], 2000).¹

Aquest fenomen explica per què determinats canvis en l'opinió de la societat sobre els efectes del consum d'alcohol poden fer augmentar els percentatges de problemes relacionats amb l'alcohol experimentats pels consumidors quan, en realitat, si es mesuren objectivament, les xifres mostren un clar descens. Tot i el coneixement explícit de les limitacions que comporta que un estudi quedi restringit *només* a les valoracions personals dels consumidors sobre els problemes relacionats amb l'alcohol (Dawson i Room, 2000), malauradament, molt poques de les recomanacions resultants s'han portat a la pràctica als estudis posteriors (els únics estudis existents són estudis a escala individual que, per tant, s'han analitzat al capítol 5). No obstant això, les valoracions personals *són útils* perquè mostren l'opinió de les persones sobre la importància dels problemes socials relacionats amb l'alcohol, encara que no cobreixin totalment la gran varietat de danys que existeixen més enllà de les valoracions personals. Tenint en compte aquestes advertències, a la primera meitat d'aquest capítol s'inclou un resum dels estudis existents sobre els danys socials de l'alcohol, inclosos els relacionats amb la delinqüència, la família, el lloc de treball, les molèsties i l'assetjament.

¹ També cal tenir en compte que fins i tot els estudis epidemiològics *objectius* solen dependre dels biaixos de la memòria i la definició (per exemple, el límit entre disturbis i diversió inofensiva); vegeu Room, 2000.

Delinqüència

El consum d'alcohol s'associa a la delinqüència a tots els països de la Unió Europea i està especialment relacionat amb els crims violents (vegeu la taula 6.1). Cal tenir present que la informació d'aquesta taula mostra fins a quin punt l'alcohol *té relació* amb la violència i per tant, les xifres són segurament més elevades que si només es tingués en compte el seu *pape causal* (Rossow, Pape i Wichstrøm, 1999; vegeu també el capítol 5). A més, les dades dels diversos països no són directament equivalents, ja que, sovint, les variacions metodològiques són bastant rellevants i poc transparents i, en general, no queda clar si s'ha d'incloure el consum d'alcohol de les víctimes o no.

No obstant això, segons la taula 6.1 i d'acord amb una revisió sobre els estudis realitzats a Amèrica del Nord i el nord d'Europa (Rossow, Pernanen i Rehm, 2001), la proporció més alta de *crims violents* perpetrats sota la influència de l'alcohol es registra als països nòrdics. A més, altres estudis realitzats en aquesta zona d'Europa indiquen que, durant el darrer any, entre un 2% i un 3% dels homes i un 1% i un 2% de les dones han patit danys físics causats per una persona embriaga (Mäkelä [et al.], 1999; Rossow i Hauge, 2004). Per contra, segons un estudi del projecte ECAS, els percentatges més elevats de persones que afirmen haver participat en una baralla després de consumir alcohol provenen d'Alemanya, el Regne Unit (en ambdós casos, > 5% dels homes que han consumit alcohol) i Irlanda (> 10%), mentre que els índexs més reduïts s'obtenen a Itàlia i Suècia (aproximadament, 1%) (Ramstedt i Hope, 2003). Tot i així, la interpretació d'aquests resultats és complicada, ja que el nombre total de baralles de cada país és una dada desconeguda.

D'altra banda, la relació entre l'alcohol i els diversos crims violents també pot variar. A Finlàndia, Alemanya, Noruega, Polònia i el Regne Unit, l'alcohol està més vinculat a les agressions que als *robatoris i els crims sexuals*, tot i que la variació dels resultats també és més àmplia i, alhora, estan més dividits entre el consum d'alcohol de la víctima i de l'agressor. En els casos en què hi ha dades disponibles (Bèlgica, Estònia, Letònia i Noruega), el *vandalisme* també té un vincle important amb l'alcohol, de la mateixa manera que els robatoris a diversos països. En tots aquests aspectes, la relació entre l'alcohol i la delinqüència és més estreta en els casos d'intoxicació etílica (consulteu el capítol 5). Per exemple, al Regne Unit, un 24% de tots els delictes violents són perpetrats per joves de 18 a 24 anys d'edat que solen experimentar episodis de consum intensiu, comparat amb un 16% comesos per consumidors habituals d'alcohol, i un 5% comesos per consumidors ocasionals o abstemis de la mateixa franja d'edat (Matthews i Richardson, 2005).

La delinqüència i les creences sobre l'alcohol

Les diferències en la relació entre la delinqüència i l'alcohol als diversos països estudiats (i especialment les que no són un reflex de volums o patrons de consum d'alcohol detallats al capítol 4) indiquen que el *comportament durant l'embriaguesa* influeix notablement en els nivells de delinqüència d'una societat determinada (consulteu també els capítols 2 i 5). No obstant això, també es pot defensar que aquests resultats es deuen, principalment, al fet que alguns europeus considerin la relació entre l'alcohol i la violència més evident que altres. L'estudi ECAS és l'únic que ha tractat aquesta qüestió amb profunditat, analitzant les opinions de la societat sobre la responsabilitat i la predictibilitat de les accions empreses en estat d'embriaguesa (Room i Bullock, 2002). Segons aquesta anàlisi, els bevedors en estat

d'embriaguesa es consideren més responsables de les seves accions a França, i menys responsables a Alemanya i Itàlia. A més, comparat amb Finlàndia, a Itàlia, més d'un 50% més dels enquestats creuen que «qualsevol persona pot esdevenir violenta després de consumir una quantitat excessiva d'alcohol». Aquests resultats suggereixen que la interpretació del comportament durant l'embriaguesa varia significativament segons el país, però, segurament, no hi ha un patró simple vàlid per a tot Europa.

Els resultats de les anàlisis de sèries temporals, que comparen les tendències dels delictes denunciats amb els canvis en els nivells de consum registrats, també deixen palesa una ambigüitat similar. Aquest mètode té en compte, implícitament, tots els possibles mecanismes causals que relacionen l'alcohol amb la delinqüència, tant l'estat d'embriaguesa de l'agressor com el nivell d'intoxicació de la víctima, a més de qualsevol tendència que segueixin les ocasions de consum i que pugui estar vinculada a les situacions potencials de conflicte. Els resultats es poden presentar com un *canvi percentual per litre de consum*, o bé es pot combinar aquest canvi percentual amb el nivell total de consum i calcular la *fracció de tots els delictes atribuïble a l'alcohol*. Tanmateix, aquests resultats poden apuntar a direccions oposades, ja que el canvi percentual per litre de consum sol ser més elevat als països on el nivell de consum és més baix, és a dir, als països del nord d'Europa.

Taula 6.1: Delictes seleccionats i la seva relació amb l'alcohol.

	País	% relacionat amb l'alcohol	Tipus de vincle ²
Qualsevol tipus de delicte	Bèlgica	20	Intoxicació
	Anglaterra i Gal·les	25	Sota la influència
	Finlàndia	47	Intoxicació, presoners
	Alemanya	7	Sota la influència
	Hongria	35	Intoxicació
	Letònia	34	Sota la influència
	Lituània	21	Sota la influència
Crims violents	Bèlgica	40	Intoxicació
	Anglaterra i Gal·les	48	Sota la influència
	Estònia	60-70	Relacionat amb l'alcohol
	Finlàndia	66	Intoxicació, presoners (agressió)
	França	25	Dades de 1973; relacionat amb l'alcohol (agressió)
	Alemanya	24	Sota la influència
	Noruega	80	Intoxicació
	Espanya	42	Sota la influència, víctimes als serveis d'urgències
	Suècia	86	Intoxicació
Robatoris	Anglaterra i Gal·les	19	Sota la influència
	Finlàndia	53	Intoxicació, presoners
	Noruega	40	Intoxicació
	Polònia	40	Intoxicació

	País	% relacionat amb l'alcohol	Tipus de vincle ²
Delictes sexuals / violacions	Anglaterra i Gal·les	58	Relacionat amb l'alcohol
	Finlàndia	49	Intoxicació, presoners
	Alemanya	29	Sota la influència
	Noruega	60	Intoxicació

Com s'ha esmentat al text, la metodologia mitjançant la qual s'han obtingut aquestes dades no és consistent i, per tant, qualsevol comparació d'aquests valors requereix molta prudència.

¹ **Fonts:** Bèlgica, Estònia, Hongria, Noruega, Polònia i Suècia (Rehn, Room i Edwards, 2001); Finlàndia (Murdoch, Pihl i Ross, 1990; Salomaa, 1995); França (Murdoch, Pihl i Ross, 1990); Alemanya (Bühringer [et al.], 2002); Letònia i Lituània (Alcohol Policy Network, 2005); Espanya (MacDonald [et al.], 2005); Regne Unit (Leontaridi, 2003).

² Segons les fonts de les dades, als termes emprats els corresponen les definicions següents: intoxicació: grau d'intoxicació de l'agressor des del punt de vista de la víctima o de l'agressor; taxa d'alcoholèmia: concentració d'alcohol a la sang registrada en un control policial; sota la influència: descrit d'aquesta manera a la font de les dades; atribució: la víctima o l'agressor atribueixen els danys causats al consum d'alcohol; relacionat amb l'alcohol: pot ser un vincle sense especificar, la valoració personal de qualsevol nivell de consum d'alcohol durant les 4-6 hores prèvies a l'esdeveniment, o una taxa d'alcoholèmia positiva però sense especificar.

Pel que fa a les agressions, per exemple, la fracció atribuïble a l'alcohol és moderadament més elevada a Suècia i Noruega (50%) que a França (33%), mentre que a Dinamarca no s'aprecia cap efecte significatiu (Lenke, 1990). Per contra, l'efecte que exerceix un canvi d'un litre d'alcohol en el consum és molt menys rellevant a França que a la resta de països de l'estudi, però, atès que aquest país presenta un nivell molt més **elevat de consum d'alcohol**, els resultats sobre la influència de l'alcohol en les agressions en general són similars.² Quan s'analitzen les dades referents als homicidis, els resultats són molt semblants: als països del nord d'Europa, l'efecte d'un litre d'alcohol és molt més rellevant (un resultat que sovint es considera la conseqüència dels patrons de consum *explosiu* d'aquests països) (Room i Rossow, 2001; Rossow, Pernanen i Rehm, 2001). Tot i així, tal com succeïa amb les agressions, els països on els efectes per litre són menys significatius coincideixen amb els països on els nivells de consum són més elevats, amb la qual cosa s'obté un nombre estimat d'homicidis per capita atribuïbles a l'alcohol similar als països del nord i del sud d'Europa (vegeu l'apartat sobre l'homicidi, més endavant, i consulteu l'anàlisi de les sèries temporals, més general, al final d'aquest capítol). Tot i que aquest tipus d'anàlisi a escala nacional permet esquivar alguns dels biaixos inherents a la majoria de mètodes a nivell individual, també dona per suposat que la relació entre els canvis en el consum d'alcohol i la delinqüència és constant a tots els nivells de consum, que, a la pràctica, pot ser cert o fals.

² Les dades sobre França arriben fins a l'any 1958, la qual cosa dificulta la generalització d'aquests resultats en períodes temporals més recents. Lenke també fa esment de problemes amb la informació històrica sobre el consum d'alcohol emprada per als càlculs sobre França.

Les evidències presentades en aquest capítol i al capítol anterior demostren que l'alcohol està més o menys relacionat amb diversos delictes a tota la Unió Europea (inclosa Europa del sud), i que gran part d'aquesta relació prové de la influència causal de l'alcohol. Tot i així, malgrat la importància de les dades que mostren el nombre de delictes que es produeixen a causa de l'alcohol als diversos països europeus, malauradament, no disposem de prou evidències per poder fer cap afirmació conclusiva sobre els patrons de la relació entre l'alcohol i la delinqüència a Europa. Aquest factor deixa entreveure una mancança primordial a les dades disponibles, ja que és probable que el nombre aproximat d'agressions relacionades amb l'alcohol denunciades a la policia arribi als 350.000 casos o més l'any (tot i que, evidentment, no totes les agressions relacionades amb l'alcohol són degudes al consum d'alcohol en un sentit causal; vegeu més endavant).³ D'altra banda, les dades obtingudes amb l'estudi ECAS proporcionen un indicador que suggereix un potencial encara més elevat, ja que, segons aquest estudi, en el transcurs del darrer any, set milions d'adults han participat en una baralla després de consumir alcohol, tot i que, una vegada més, aquesta informació no determina quines d'aquestes baralles van ser causades per l'alcohol.⁴ La manca de dades sobre altres indicadors queda patent a les recomanacions per a les investigacions futures, que s'inclouen al capítol 10.

Estimació del cost dels delictes atribuïbles a l'alcohol

Tot i la manca de dades sòlides comparables sobre l'alcohol i la delinqüència, la informació disponible permet fer una estimació global provisional per mostrar la magnitud potencial dels costos que comporten els delictes atribuïbles a l'alcohol a tot Europa que, a més, s'espera que serveixi d'incentiu per realitzar més estudis sobre el tema (consulteu les recomanacions del capítol 10). Aquesta estimació es basa en la revisió d'estudis anteriors presentada al capítol 3, mitjançant la qual diversos estudis han intentat estimar el cost dels delictes causats pel consum d'alcohol. La majoria d'aquests estudis a escala nacional consideren aquest factor com un element substancial del cost tangible directe final i, generalment, segueixen un d'aquests plantejaments:

- 1
- Alguns estudis empren, simplement, les relacions entre l'alcohol i cadascun dels tipus de delicte com a xifra màxima de l'efecte causal, i presenten els costos resultants *fins* a cert valor, tal com és el cas de l'estudi britànic realitzat per la Unitat Estratègica del Primer Ministre (Leontaridi, 2003). Tot i que aquestes xifres són metodològicament coherents, a la pràctica, se solen interpretar com a estimacions de l'efecte causal, és a dir, que el cost social s'adapta al valor més probable.

³ Aquesta afirmació dona per suposat que l'alcohol està relacionat amb una quarta part de totes les agressions (s'ha seleccionat un percentatge del 25% perquè és la xifra més baixa de la relació amb l'alcohol que apareix a la taula 6.1, més amunt). La informació sobre els índexs de delictes prové de la Guia Europea d'Estadístiques de Delictes i Justícia Penal (*European Source-book of Crime and Criminal Justice Statistics*) (Killias [et al.], 2003); cal tenir present les diferències substancials de la definició d'agressió als diversos països europeus).

⁴ Els resultats de l'estudi ECAS, realitzat amb població de 18 a 64 anys que consumeix alcohol a França, Finlàndia, Alemanya, Irlanda, Itàlia, Suècia i el Regne Unit (Ramstedt i Hope, 2003) s'han aplicat a la UE15 fent servir la mitjana obtinguda per a la «regió ECAS» (Europa del nord, Europa central i Europa del sud). A continuació, aquestes dades s'han transformat en un nombre de persones, d'acord amb la informació poblacional de la base de dades Salut per a tots de l'OMS relativa a persones de 15 a 69 anys i les xifres sobre abstinència esmentades al capítol 4.

- 2 El segon mètode consisteix a entrevistar presoners o detinguts i preguntar-los si creuen que haurien comès el delicte que van perpetrar si no s'haguessin trobat en un estat d'embriaguesa (Collins i Lapsley, 2002; Pernanen [et al.], 2002). Aquestes entrevistes proporcionen una xifra estimada de la proporció de delictes que, segons els presoners/detinguts, es deuen al consum d'alcohol. Tot i que aquest mètode no és ni de bon tros el mètode ideal, atès que «tots els mètodes disponibles presenten mancances en un aspecte o altre» (Pernanen [et al.], 2000:56), s'està emprant cada vegada més als estudis recents més sofisticats. Segons un estudi canadenc realitzat amb presidaris federals, un 24% dels delictes van ser comesos per persones en estat d'embriaguesa, però només un 17% dels delictes (entre una quarta part i una tercera part menys) es van descriure com a delictes deguts a l'alcohol (ja sigui per dependència o embriaguesa).
- 3 Teòricament, és possible crear un tercer mètode per calcular el cost que comporta la delinqüència, tot i que no s'ha portat a la pràctica a cap dels estudis revisats en aquest informe. Aquest tercer mètode es basaria en les fraccions atribuïbles a l'alcohol de cada tipus de delicte, obtingudes amb les anàlisis de sèries temporals que s'han esmentat més amunt. Si bé aquest mètode permetria evitar part dels biaixos inherents a les diferents percepcions personals sobre la causalitat, cal tenir en compte que les anàlisis de sèries temporals solen ser més fidedignes quan s'agrupen diversos països (per acumular un nombre més elevat de punts temporals), però que, al mateix temps, aquest enfocament limita la precisió dels resultats dels períodes de temps més curts a cadascun dels països.

Quadre 6.1: Alcohol i delinqüència

- L'alcohol està relacionat amb la delinqüència i, especialment, amb els crims violents, a tot Europa.
- Aproximadament, set milions d'adults afirmen haver participat en una baralla després d'haver consumit alcohol durant el darrer any.
- S'estima que, l'any 2003, el cost tangible dels delictes atribuïbles al consum d'alcohol per a la UE va ser de 33.000 milions d'euros. Aquesta xifra és la suma dels costos derivats de la policia, els jutjats i les presons (15.000 milions d'euros), les despeses per a la prevenció de la delinqüència (alarmes antirobatori) i l'administració d'assegurances (12.000 milions d'euros) i els danys a la propietat (6.000 milions d'euros).

Tot i que aquestes xifres es poden adaptar per calcular els costos que comporta la delinqüència per a Europa,⁵ la manca de dades comparables sobre els delictes atribuïbles a l'alcohol

⁵ Com succeeix amb la resta de components dels costos, per calcular les estimacions dels costos que comporta la delinqüència s'han adaptat els costos de la delinqüència de cada estudi a un indicador comú, com, per exemple, les despeses d'un govern en ordre públic (vegeu el capítol 3). Per fer front a la qüestió de la causalitat, a la taula 3.1 s'inclouen els resultats dels costos dels delictes *relacionats* amb l'alcohol, abans de reduir el resultat global, com es descriu a la nota al peu número 6.

—o, fins i tot, relacionats amb l'alcohol— impossibilita qualsevol intent d'ajustar aquestes estimacions al nivell de delinqüència causada pel consum d'alcohol a cada país. Aquest problema metodològic és vàlid per a tots els components dels costos (que s'esmenten a l'apartat sobre qüestions metodològiques del capítol 3), però pot ser especialment complicat per a l'estimació de la delinqüència. És important tenir en compte aquest factor a l'hora d'interpretar els resultats, la qual cosa fa que sigui impossible comparar els costos dels delictes de diversos països.

Dels tres mètodes esmentats més amunt, el segon mètode, que utilitza les valoracions dels presoners (i es considera el mètode més «actual»), representa la base de l'estimació principal dels costos que comporta la delinqüència.⁶ Per tant, estimem que el cost global que van tenir els delictes *a causa de* l'alcohol per a la Unió Europea l'any 2003 és de 33.000 milions d'euros.⁷ D'aquesta xifra, el percentatge més elevat l'integren les despeses de la policia, els tribunals i les presons (15.000 milions d'euros), tot i que aquest import representa menys de la meitat dels costos. La quantitat restant està formada pels costos dedicats a anticipar la delinqüència (despeses en prevenció de la delinqüència, com alarmes antirobatori, a més de l'administració de les assegurances), que representen un cost estimat de 12.000 milions d'euros, i els danys a la propietat causats derivats dels delictes, que sumen 6.000 milions d'euros més.

Més enllà d'aquests costos tangibles, també es pot valorar l'efecte físic i psicològic que exerceix qualsevol crim violent sobre les seves víctimes. Els costos intangibles de la delinqüència depenen del valor que es concedeixi a un any de vida ajustat per qualitat (AVAQ), una mesura similar als anys de vida ajustats per invalidesa però que s'obté a partir de les respostes dels enquestats i no de les avaluacions dels experts. D'aquesta manera, la valoració d'aquests costos varia entre 9.000 i 37.000 milions d'euros anuals (la delinqüència relacionada amb l'alcohol comporta un cost de 52.000 milions d'euros).

⁶ Fent ús de les xifres esmentades més amunt, aquesta estimació indica que el cost dels delictes *relacionats* amb l'alcohol és un 29% més reduït que el cost dels delictes *causats* per l'alcohol.

⁷ Fent servir el mètode d'anàlisi de sèries temporals, el cost registrat és de 27.000 milions d'euros, i el cost dels delictes relacionats amb l'alcohol és de 46.000 milions d'euros. El mètode d'anàlisi de sèries temporals es basa en els resultats que mostren que entre un 70% i un 80% dels crims violents estan relacionats amb el consum d'alcohol a Noruega/Suècia, mentre que només un 50% dels delictes es produeixen a causa de l'alcohol. Aquest percentatge indica que hi ha una reducció del 38% del cost dels delictes *relacionats* amb l'alcohol respecte al cost dels delictes *causats* per l'alcohol.

La família

Taula 6.2: La violència domèstica i la seva relació amb l'alcohol.

La metodologia mitjançant la qual s'han obtingut aquestes dades no és consistent i, per tant, qualsevol comparació d'aquests valors requereix molta prudència. Vegeu la taula 6.1 per consultar les fonts.

País	% relacionat amb l'alcohol	Tipus de vincle (vegeu la taula 6.1, més amunt)
Violència domèstica	França	Relacionat amb l'alcohol
	Anglaterra i Gal·les	Sota la influència
	Islàndia	Atribució
	Irlanda	Atribució (desencadenant)
		Relacionat amb l'alcohol
	Països Baixos	Intoxicació
	Portugal	Relacionat amb l'alcohol (o una altra droga)
	Espanya	Relacionat amb l'alcohol
	Suïssa	Atribució
		Relacionat amb l'alcohol

Malgrat que els danys que infligeix l'alcohol a les famílies han estat l'objecte dels estudis sobre l'alcohol durant molt de temps (vegeu el capítol 3), i tot i que s'ha demostrat el paper causal de l'alcohol amb relació a diversos danys (vegeu el capítol 5), fins fa poc no s'han realitzat estudis per quantificar la magnitud d'aquests danys a Europa. La violència domèstica ha estat el tema principal de la major part d'estudis, sovint dins d'un context similar als delictes descrits més amunt, i, com a resultat, s'ha determinat que entre un 16% i un 71% dels casos de violència domèstica o violència contra companys sentimentals estan relacionats amb el consum d'alcohol arreu d'Europa (vegeu la taula 6.2). La majoria d'europaus creu que l'alcohol està relacionat causalment amb aquests delictes. De fet, segons un estudi europeu, la dependència de l'alcohol, esmentada per gairebé 19 de cada 20 ciutadans enquestats a tots els estats membres, es considera la causa principal de la violència domèstica (Eurobaròmetre, 1999).

A més, l'alcohol se sol relacionar de manera similar amb la vida familiar o els matrimonis dels consumidors: a set països diferents, un 4% dels homes i un 2% de les dones afirmen que aquest aspecte de la seva vida s'ha vist perjudicat pel seu consum d'alcohol (Ramstedt i Hope, 2003). Al sud d'Europa, aquest tipus de problemes són menys nombrosos que a la resta del continent, tot i que, una vegada més, és impossible esbrinar si aquest resultat és degut a biaixos culturals o a una diferència real del nivell de danys. En un altre estudi realitzat a Cracòvia (Polònia) i Karvina-Havirov (República Txeca), es planteja una pregunta similar a persones d'entre 45 i 64 anys d'edat. D'acord amb els resultats d'aquest estudi, el percentatge de problemes a la vida familiar dels homes enquestats és molt elevat (Bobak [et al.], 2004). Com assenyalen aquests dos estudis i altres anàlisis realitzades sobre aquest tema, els homes afirmen patir més problemes familiars a causa del seu consum d'alcohol que les dones, un patró que, segurament, prové de la diferència entre el consum d'alcohol masculí i el femení, que s'analitza al capítol 4.

Tot i que hi ha menys informació sobre el maltractament i l'abandonament infantils, una de les revisions principals, que ha obtingut evidències suficients de diversos estudis de casos clínics, atribueix un 16% dels casos de maltractament infantil al consum d'alcohol (English [et al.], 1995), un resultat que corroboren dues revisions més recents (Single [et al.], 1999; Ridolfo i Stevenson, 2001). Els informes procedents de Dinamarca, Hongria, els Països Baixos, Portugal, Espanya i el Regne Unit asseveren aquest percentatge, i demostren que l'alcohol està relacionat de diverses maneres amb un 10%-50% dels casos (McNeill, 1998; Sundhedsministeriet [Ministeri de Salut], 1999; Organització Mundial de la Salut, 2004).

Quadre 6.2: Danys per a la família

- S'estima que l'alcohol és el factor causal del 16% dels casos de maltractament i abandonament infantils.
- Entre 4,7 i 9,1 milions de nens (entre un 6% i un 12%) conviuen amb famílies que pateixen els efectes adversos de l'alcohol.
- Es calcula que el cost intangible de la dependència de l'alcohol per als membres de la família arriba als 68.000 milions d'euros a la UE.

A més del consum d'alcohol dels pares, el consum propi dels joves també pot perjudicar la seva vida familiar. Més d'un 6% dels estudiants de 15 a 16 anys d'edat afirmen que tenen problemes amb els seus pares a causa de l'alcohol que consumeixen, un percentatge que equival a més de 700.000 nois i noies.⁸ A la UE15, aquest fenomen és igual de freqüent en els nois que en les noies (fet que, segurament, deixa palès que els seus hàbits de consum d'alcohol són més similars; vegeu el capítol 4), mentre que a la UE10, els problemes són dues vegades més comuns en els nois que en les noies.

Dependència de l'alcohol

Al capítol 4 s'estima que la prevalença de la dependència de l'alcohol als països de la UE engloba 23 milions de persones, i al capítol 5 s'esmenten els riscos de patir dependència de l'alcohol. Aquest apartat pretén analitzar els danys relacionats amb la dependència de l'alcohol, tot i que hi ha molt poca informació disponible per elaborar estimacions a escala europea.

Només hi ha un estudi que hagi intentat quantificar l'impacte intangible de la dependència de l'alcohol d'un familiar, el qual s'ha calculat a partir de la voluntat de les persones de pagar pel tractament, hipotèticament efectiu, d'un familiar (Jeanrenaud [et al.], 2003; Jeanrenaud i Pellegrini, 2004). Si aquests càlculs s'exporten a tot Europa, fent servir les estimacions sobre la dependència de l'alcohol presentades més amunt, s'estima que l'impacte

⁸ Mitjanes de la UE ponderades per població. Les dades referents a la població d'entre 15 i 16 anys d'edat provenen d'EUROSTAT; els danys registrats en la gent jove provenen de l'estudi ESPAD (Hibell [et al.], 2004).

intangible de la dependència de l'alcohol per als membres de la família equival a 68.000 milions d'euros anuals.

D'altra banda, conviure amb uns pares amb un consum perjudicial i dependents de l'alcohol comporta el risc de patir diversos problemes al llarg de la vida i afecta un nombre considerable de nens. En l'informe anterior l'Alcohol i la família (*Alcohol and the Family*), realitzat per a la Comissió Europea, es van emprar estudis danesos i finlandesos per estimar el nombre de nens que viuen amb famílies que pateixen els efectes adversos de l'alcohol (McNeill, 1998). Si s'actualitza aquest estudi adaptant-lo a la situació present i a la UE ampliada i s'hi afegeixen els resultats d'un altre estudi més recent de l'Associació Nacional Britànica dels Fills dels Alcohòlics com a llindar més baix (Callingham, 2002), s'estima que entre 4,7 i 9,1 milions de nens (entre un 6% i un 12%) de la UE conviuen amb famílies que pateixen els efectes adversos de l'alcohol.

L'alcohol i la feina

Malgrat l'interès dels ocupadors a reduir la càrrega de l'alcohol per als llocs de treball, manca molta informació sobre la magnitud exacta dels danys relacionats amb la feina, a causa de les dificultats a l'hora de mesurar-los. Per exemple, hi ha molt pocs estudis que quantifiquin amb certesa la reducció de la productivitat al lloc de treball causada pel consum d'alcohol del treballador el dia anterior. Tanmateix, segons un estudi realitzat per especialistes en recursos humans del Regne Unit, s'estima que la pèrdua de productivitat pot arribar al 27% per cada dia de ressaca, amb un cost total de 1.800 milions de lliures esterlines (reed.co.uk, 2004). Fora d'Europa, on la manca d'estudis sobre aquest tema és similar, destaca un estudi dut a terme a Nova Zelanda, segons el qual un 12% dels treballadors que consumeixen alcohol han experimentat una reducció de la seva productivitat laboral per haver consumit alcohol, que augmenta fins al 30% si es té en compte el 10% dels enquestats amb un nivell de consum d'alcohol més elevat (Jones, Casswell i Zhang, 1995).

D'altra banda, les dades disponibles sobre l'absentisme laboral relacionat amb l'alcohol a Europa són una mica més sòlides. Segons un estudi realitzat a Dinamarca, Finlàndia, Noruega i Suècia, entre un 3% i un 6% dels homes i d'un 1% a un 4% de les dones han faltat a treballar com a mínim un cop durant el darrer any a causa d'haver consumit alcohol, i aquest tipus de conseqüències són molt més freqüents en els joves de 19 a 34 anys que en les franges d'edat més avançades, tant en els homes com en les dones (Mäkelä [et al.], 1999). L'efecte de l'alcohol també es pot calcular a partir de les percepcions dels ocupadors, tot i que, òbviament, les seves valoracions poden no coincidir amb les experiències dels consumidors. Tenint en compte aquest factor, un 12% de les empreses irlandeses esmenten l'alcohol com a causa de les absències temporals dels treballadors de gènere masculí (de les quals, una quarta part ho consideren la causa principal), mentre que un 3% creuen que aquest mateix paràmetre és vàlid per a les treballadores (una tercera part creuen que és la causa principal; IBEC, 2004). L'alcohol es considera menys vinculat a les absències a llarg termini.

Quadre 6.3: L'alcohol i el lloc de treball

- A la UE15, gairebé un 5% dels homes i un 2% de les dones que beuen alcohol afirmen que aquesta substància influeix negativament en la feina o els estudis que realitzen.
- Als països nòrdics, entre un 3% i un 6% dels homes i un 1% i un 4% de les dones han faltat a la feina a causa d'haver consumit alcohol.
- La pèrdua de productivitat a causa de l'absentisme i l'atur atribuïbles a l'alcohol comporta uns costos per a la UE de 9.000 a 19.000 milions d'euros i de 6.000 a 23.000 milions d'euros, respectivament.

A més, també s'ha demostrat que l'alcohol està relacionat amb l'atur. Comparat amb el consum baix d'alcohol, el consum elevat d'alcohol augmenta el risc d'atur, mentre que, paral·lelament, l'atur incrementa el risc de consumir quantitats elevades d'alcohol (vegeu els capítols 3 i 4).

En total, a set països de la UE15, gairebé un 5% dels homes i un 2% de les dones que beuen alcohol afirmen que aquesta substància ha influit negativament en la feina o els estudis que han realitzat durant el darrer any (Ramstedt i Hope, 2003). Aquests percentatges oscil·len entre un 3% o menys dels homes de Suècia i França, fins a més d'un 9% dels homes al Regne Unit i Irlanda (amb el mateix patró per a les dones). A Irlanda (no hi ha dades per a la resta de països), la probabilitat d'experimentar problemes a la feina és molt més elevada en la gent jove que en altres grups d'edat i afecta, especialment, les dones joves (10% entre els 18 i els 29 anys d'edat, comparat amb un 1% entre els 30 i els 49 anys d'edat).

Com suggereix l'escassetat d'informació disponible, cal seguir investigant per poder comparar l'impacte de l'alcohol al lloc de treball als diversos països de la UE —com també succeeix amb la delinqüència relacionada amb l'alcohol, que s'ha analitzat més amunt. Tanmateix, d'acord amb la revisió d'estudis a escala nacional que se cita al capítol 3, s'estima que, l'any 2003, el consum d'alcohol va provocar una pèrdua de productivitat a causa de l'absentisme i l'atur atribuïbles al consum d'alcohol d'entre 9.000 i 19.000 milions d'euros i 6.000 i 23.000 milions d'euros, respectivament a tota la UE. Tal com s'esmenta en aquest capítol, aquestes xifres no només proporcionen una estimació provisional de la magnitud dels danys atribuïbles a l'alcohol a Europa, sinó que, a més, s'espera que serveixin d'incentiu per realitzar més estudis sobre el tema, seguint les recomanacions del capítol 10.

Molèsties i assetjament

Els països nòrdics són l'única zona d'Europa d'on es disposa de dades sobre la magnitud de les molèsties i l'assetjament relacionats amb l'alcohol i, per tant, és probable que no siguin representatives de tota la Unió Europea. Tanmateix, aquests estudis indiquen que les molèsties i l'assetjament poden ser un dels factors amb un impacte més important per a la societat. Aproximadament, un de cada cinc ciutadans dels països nòrdics ha patit les conseqüències dels *sorolls procedents de persones èbries*, que han alterat el seu descans nocturn (la variació de les xifres prové de les mitjanes nacionals obtingudes a quatre països: 16%-22% dels homes, 22%-24% de les dones). Gairebé la mateixa proporció de persones han estat assetjats

per embriacs en llocs públics (12%-26% dels homes, 14%-25% de les dones), mentre que un 10% dels homes (8%-12%) i un 20% de les dones (15%-25%) han tingut por de persones embriagues en zones públiques (Mäkelä [et al.], 1999; Rossow i Hauge, 2004). De la mateixa manera que la majoria de danys causats pel consum propi d'alcohol (per exemple, els danys relacionats amb l'esfera laboral), els danys causats pel consum d'alcohol de tercers són més freqüents en les persones joves d'ambdós gèneres que en les persones de més edat (Mäkelä [et al.], 1999; Rossow i Hauge, 2004).

Danys per a la salut

Un estudi internacional sobre els riscos per a la salut realitzat per l'Organització Mundial de la Salut permet extreure un càlcul estimat de l'efecte global de l'alcohol per a la salut a Europa (vegeu el quadre 6.4). Totes les xifres que s'inclouen en aquest apartat fan referència a l'efecte net del consum d'alcohol en comparació amb l'abstinència, és a dir, tenint en consideració els efectes beneficiosos que comporten alguns patrons de consum de baix nivell per a algunes malalties. La inclusió d'aquest factor, però, comporta alguns problemes, ja que, com s'ha esmentat al capítol 5, el nivell de consum d'alcohol amb un nivell més baix de riscos a la major part d'Europa se situa per sobre del zero en les persones grans. A la pràctica, aquesta afirmació indica que els resultats presentats en aquest apartat infravaloren la importància dels problemes relacionats amb l'alcohol, si aquests danys es comparen amb la situació que comporta el nivell més baix de risc.

Qüestions metodològiques

Els resultats són especialment sensibles al risc estimat de cardiopatia

Un estudi recent suggereix que, quan es tenen en compte els canvis en la ingesta d'alcohol, tot i que se segueix observant una corba amb forma de J, els índexs de risc de patir una cardiopatia i de mortalitat en general es veuen notablement alterats (Emberson [et al.], 2005; vegeu la figura 5.8 del capítol 5). En general, fent servir el mètode convencional, l'estudi indica que l'índex de mortalitat dels bevedors és més baix (comparat amb els abstemis), però si s'empra una única mesura d'ingesta mitjana, l'índex de mortalitat és *molt més elevat* (el risc de mortalitat convencional per qualsevol causa dels bevedors és de 0,86, comparat amb els abstemis, però arriba a 1,11 si es fa servir el mètode revisat; estimacions dels autors d'aquest informe a partir dels resultats publicats).

És poc probable que els resultats de les persones grans siguin precisos

El risc relatiu que comporta el consum d'alcohol per a les malalties cardíaques coronàries disminueix amb l'edat (Abrams [et al.], 1995), però, a la majoria d'estimacions sobre els problemes relacionats amb l'alcohol, inclòs aquest informe, s'utilitzen els mateixos riscos relatius per a totes les franges d'edat (vegeu el capítol 5). Així doncs, amb aquest plantejament se sobrevaloren les xifres relatives tant a la mortalitat a causa de l'alcohol com a la prevenció de morts gràcies al consum d'alcohol en la gent gran. Aquest marge d'error és especialment rellevant en el cas de la prevenció de malalties cardíaques coronàries que, fent servir la metodologia actual, queda sobrevalorat gairebé amb tota certesa. Probablement, la majoria d'efectes beneficiosos de l'alcohol quedarien notablement reduïts si s'empressin estimacions de risc relatiu específiques per a cada franja d'edat (Rehm [et al.], 2005). A més, també és possible que el registre de certificats de defunció de la gent gran sigui poc precís, ja que una proporció considerable de morts es registren com a cardiopaties isquèmiques (vegeu el capítol 5).

Quadre 6.4: L'estudi Global Burden of Disease de l'OMS

*Les xifres que s'inclouen en aquest quadre han estat adaptades de l'estudi Global Burden of Disease sobre l'impacte mundial relatiu de diversos riscos per a la salut:*⁹

- **Adaptació de les xifres:** les xifres originals de l'estudi Global Burden of Disease van ser calculades a tres subregions europees de l'Organització Mundial de la Salut. Més endavant, aquestes xifres s'han transformat en xifres globals de la UE, estimades a partir del nombre de ciutadans adults de cada país.¹⁰
- **Patrons de consum d'alcohol:** atès que hi ha dades que demostren l'existència d'un efecte independent segons la manera de consumir alcohol (vegeu el capítol 5), l'estudi Global Burden of Disease ha intentar copsar l'efecte tant del volum d'alcohol ingerit com de la manera de consumir-lo:

S'ha fet un primer intent per resumir els patrons de consum d'alcohol (a vegades, fent servir exclusivament les opinions dels experts), classificant cadascun dels països amb una puntuació de l'1 (el menys perjudicial) al 4 (el més perjudicial).

Aquests patrons inclouen informació sobre l'abstinència, les ocasions de consum elevat d'alcohol, el consum d'alcohol durant els àpats i el consum d'alcohol a llocs públics.

A continuació, s'ha emprat una tècnica de valoració amb diversos nivells per observar l'impacte del volum de consum d'alcohol per a cada patró, només en els casos en què es considera que els patrons de consum tenen una influència important (cardiopaties i lesions).

- **Els països de la UE10 i de la UE15:** tot i que a ambdues regions s'identifiquen resultats amb nivells de l'1 al 3, el nivell 3 és el més freqüent entre els països de la UE10, mentre que, a la UE15, el resultat més comú és el nivell 1. A més, es calcula que els patrons de consum més perjudicials de la UE10 tenen un impacte més nociu per a la salut, la qual cosa explica les diferències que s'aprecien a les figures 6.3 i 6.4, més endavant.¹¹

⁹ Per consultar informació més detallada, vegeu (Rehm [et al.], 2003a; Rehm [et al.], 2003b; Rehm [et al.], 2004). A cadascun dels aspectes sanitaris que s'inclouen més endavant li correspon un codi de l'ICD-10; per convertir a codis de l'ICD-9, vegeu la llista disponible a http://www3.who.int/whosis/burden/estimates/GBD_cause_list.pdf.

¹⁰ En dos àmbits (lesions intencionades i lesions inintencionades), les xifres obtingudes amb el mètode del quadre 6.4 s'han desglossat en dues parts (homicidi i suïcidi, en el cas de les lesions intencionades, i accidents de trànsit rodat i altres accidents, en el cas de les lesions inintencionades). Per dividir aquests components s'han aplicat les fraccions atribuïbles a l'alcohol adaptades segons la franja d'edat de l'estudi Global Burden of Disease a les xifres de morts registrades obtingudes de la base de dades Salut per a tots de l'Organització Mundial de la Salut (les xifres s'han adaptat per tal que el total coincideixi amb el total obtingut amb el mètode més general). Amb les xifres referents al càncer (càncer de mama) i les afeccions gastrointestinals (cirrosi) s'han emprat mètodes semblants, les fraccions atribuïbles a l'alcohol s'han aplicat a la mortalitat i la morbiditat de la resta de l'estudi Global Burden of Disease, i les xifres relatives a les afeccions restants (altres càncers i diabetis de tipus II) s'han calculat a partir de la xifra residual.

¹¹ Més concretament, el patró mitjà registrat a la subregió EURO-A és 1,34, a l'EURO-B, 2,93, i a l'EURO-C, 3,62. Els valors conjunts de la UE10 i la UE15 són diferents perquè tots els països de la UE15 formen part de la subregió EURO-A, però els països de la UE10 estan dividits entre l'EURO-A (Xipre, Malta i Eslovènia), l'EURO-B (Polònia i Eslovàquia), i l'EURO-C (Estònia, Hongria, Letònia i Lituània). Calculat de manera independent, el valor del patró de la UE15 ponderat per població equival a 1,27, i el de la UE10, a 2,80.

El consum d'alcohol només comporta un efecte beneficiós net en el cas de la mortalitat de les persones grans

L'impacte net de l'alcohol en la mortalitat pot variar molt segons la franja d'edat que s'analitzi, ja que les afeccions que causen la mort de les persones varien durant el transcurs de la vida (vegeu el capítol 5) (Britton i McPherson, 2001; McPherson, 2004). El consum d'alcohol té un efecte perjudicial general per a la salut de les persones joves i de mitjana edat, però, en les persones grans, aquest efecte pot ser atenuat pel petit impacte beneficiós que comporta el consum d'alcohol, ja que l'índex general de mortalitat augmenta en els grups de més edat (White, Altmann i Nanchahal, 2004; Connor [et al.], 2005). Aquesta afirmació queda il·lustrada amb la figura 6.1, que mostra l'índex de mortalitat atribuïble a l'alcohol entre els ciutadans de la UE que moren abans dels 70 anys d'edat. De les persones que moren entre els 60 i els 69 anys d'edat, un 5% de 449.000 morts en la població masculina, i un 1% de 247.000 morts en la població femenina són degudes al consum d'alcohol. Per tant, es dedueix que, a la UE, l'alcohol és el responsable de 115.000 morts netes en la població de fins a 70 anys d'edat.¹²

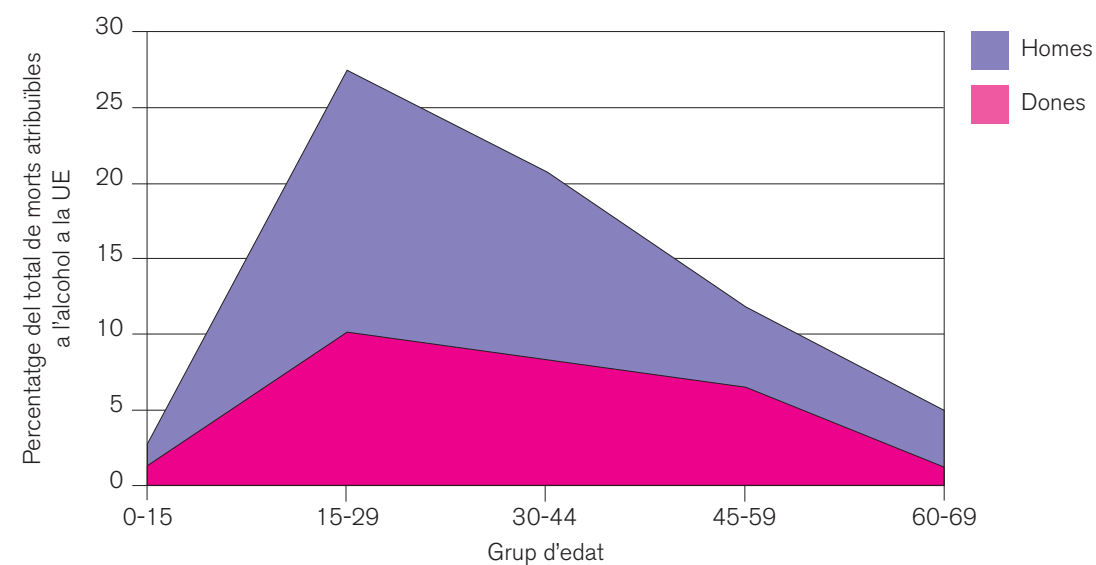


Figura 6.1: Percentatge de morts atribuïbles a l'alcohol entre els ciutadans de la UE de menys de 70 anys d'edat (any 2000). **Font:** dades de l'estudi Global Burden of Disease (Rehm, 2005).

Una altra manera d'interpretar aquests resultats és considerar els anys potencials de vida perduts a causa de l'alcohol. Deixant de banda els problemes metodològics esmentats més amunt, les dades recollides recentment al Canadà demostren que l'alcohol només comporta un efecte beneficiós per a les persones de més de 80 anys d'edat, tal com s'aprecia a la figura 6.2.

El nombre de morts a causa d'un consum d'alcohol que superi el nivell amb menys riscos és molt més elevat que el nombre global de morts

Les xifres referents a la mortalitat a causa de l'alcohol depenen enormement de la situació amb la qual se les compari, és a dir, si es contrasten amb una situació d'abstinència o amb el nivell de consum de baix risc de mortalitat (nadir). Aquest aspecte s'aprecia a les anàlisis detallades del Regne Unit (White, Altmann i Nanchahal, 2004), on l'efecte net del consum

¹² Aquestes xifres es basen en l'informe de Rehm de l'any 2005 que apareix a la figura 6.1, i fan servir el mateix mètode proporcional a la població, que es descriu als resultats principals del quadre 6.4.

d'alcohol en la població femenina és tan sols de 166 morts, però el consum d'alcohol per sobre del nadir (0-24 g d'alcohol al dia, segons l'edat) és la causa de 3.500 morts. Aquesta xifra representa més d'un 85% del total de morts, sense tenir en consideració l'efecte cardioprotector de l'alcohol, la qual cosa indica que, a la UE, el nombre de morts per sobre del nadir s'acosta molt més a la xifra bruta (vegeu més endavant) que a la xifra neta.

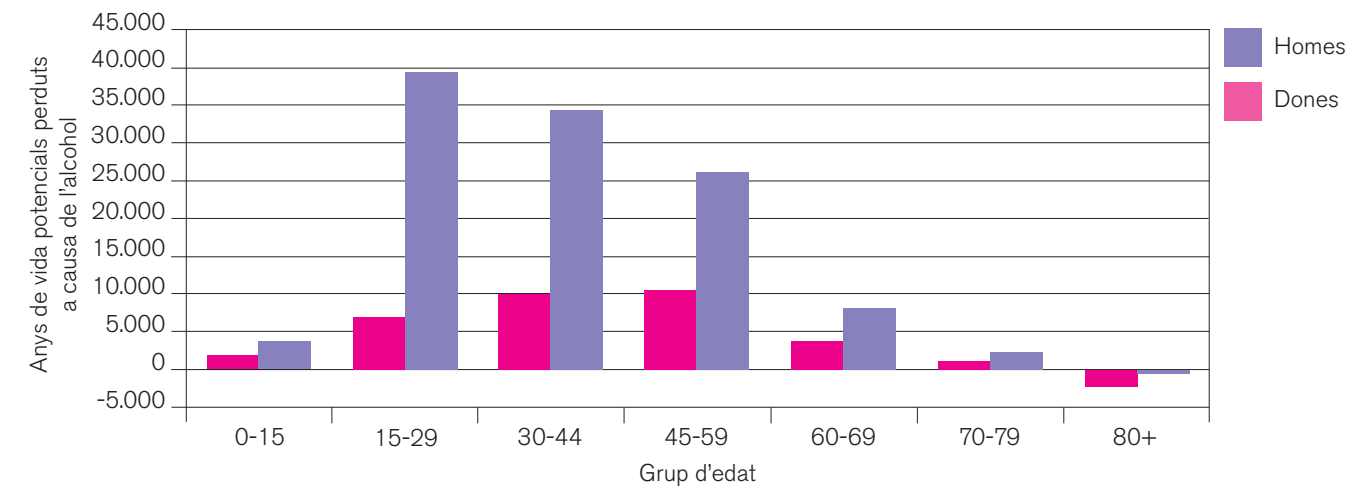


Figura 6.2: Anys de vida potencials perduts a causa de l'alcohol al Canadà (any 2001). **Font:** Rehm [et al.], 2005.

Morts a causa de l'alcohol a la Unió Europea

S'estima que, als 25 països de la Unió Europea, l'alcohol és la causa d'unes 195.000 morts anuals (figura 6.3). A més a més, si s'inclouen els altres sis països que figuren a l'estudi, el nombre augmenta fins a 260.000 morts, que equival al 6% del total de les morts en la població masculina més el 2,5% de tota la mortalitat femenina.

Al mateix temps, si es deixen de banda els problemes metodològics esmentats anteriorment, s'estima que, comparat amb l'abstinència, el consum d'alcohol retarda unes 160.000 morts a tot Europa (especialment en la població femenina). Com s'ha argumentat a l'apartat anterior, cal utilitzar aquestes xifres amb prudència, ja que la majoria de morts retardades afecten persones de més de 70 anys i, especialment, de més de 80 anys, i, per tant, hi ha una incertesa considerable sobre la fiabilitat de les estimacions.

Si s'observen totes les franges d'edat (i es tenen presents els considerables problemes metodològics que s'han esmentat més amunt), l'efecte net estimat de 35.000 morts a la UE queda desglossat en un impacte *negatiu* important sobre els homes (gairebé un 5% de la mortalitat total) i un efecte *positiu* però més reduït entre les dones (3%). En canvi, si s'analitza la població per franges d'edat més limitades —la qual cosa permet obtenir unes estimacions més precises, però fa que la influència de l'alcohol sobre les persones de més de 70 anys desaparegui—, la xifra de 115.000 morts netes queda dividida en un impacte negatiu rellevant per als homes (5% de la mortalitat total) i un impacte menys important però igualment negatiu per a les dones (1%). La diferència entre la població masculina i la població femenina es deu a dos factors principals: el fet que les dones visquin més anys que els homes (que, per tant, accentua l'impacte potencialment beneficiós de l'alcohol), i que

el consum d'alcohol de les dones sigui menys perjudicial i arriscat que el dels homes, que també contribueix a reduir el risc de patir malalties cardíaques coronàries.

Càrrega de mala salut

Per avaluar la rellevància de l'alcohol com a problema de salut pública, també es pot emprar un altre mètode, que consisteix a examinar els anys de vida saludable per calcular la càrrega total de malalties que comporta l'alcohol. L'Organització Mundial de la Salut fa servir una mesura anomenada *anys de vida ajustats per invalidesa*, mitjançant la qual es pot estimar el nombre d'anys de vida saludables perduts a causa de cada factor de risc. Per exemple, un any amb unes condicions de salut perfectes es comptabilitza amb el número 1, i un any de mort, amb el número 0. Per tant, un any de mala salut que afecta substancialment la qualitat de vida d'una persona es representa amb un valor entremig d'aquestes dues xifres. Els anys de vida ajustats per invalidesa permeten mesurar la diferència que hi ha entre l'estat de salut actual i el que es podria assolir.¹³ Els resultats que s'obtenen amb aquesta unitat de mesura varien respecte de les estimacions de mortalitat en dos punts principals:

- En primer lloc, les malalties que posen fi a la vida de les persones joves es consideren més importants.
- En segon lloc, les afeccions que no són mortals, com la depressió, que malmeten notablement la qualitat de vida de les persones, ocupen una posició més rellevant.

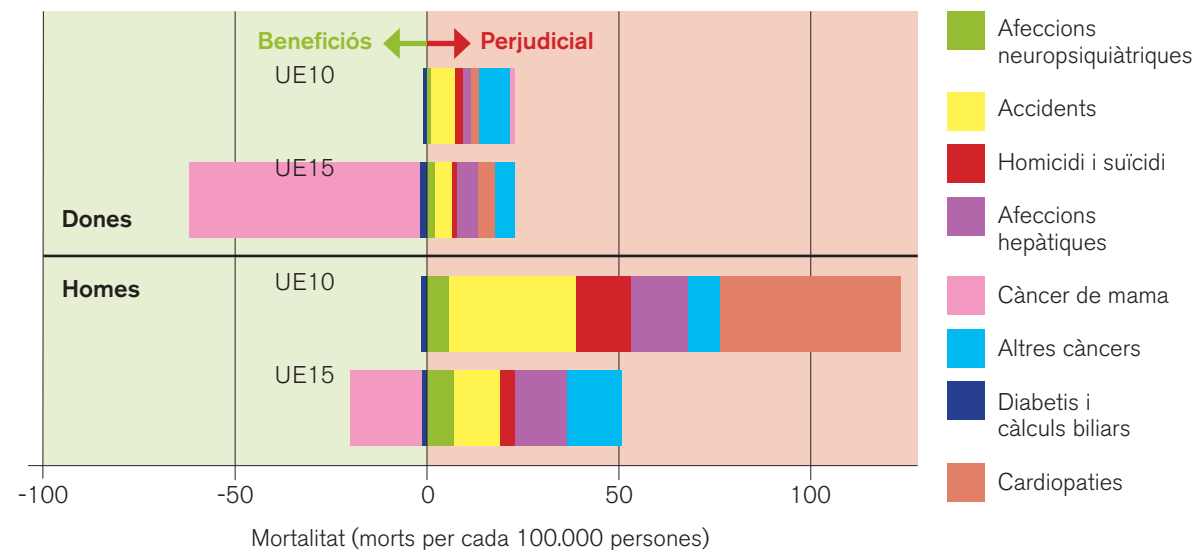


Figura 6.3: Mortalitat atribuïble a l'alcohol a la Unió Europea.
Adaptat de l'estudi Global Burden of Disease de l'OMS (Rehm [et al.], 2004).

¹³ Cal recordar que els anys de vida ajustats per invalidesa no es poden expressar amb referència a l'indicador d'esperança de salut que s'ha emprat al projecte dels Indicadors de Salut de la Comunitat Europea. Tot i que són similars en molts aspectes, es va seleccionar l'indicador Anys de Vida Saludable (Healthy Life Years, HLY), per la seva orientació positiva (ja que valora la salut i no la invalidesa) i perquè permet que la comunicació sigui més fàcil.
Vegeu: http://ec.europa.eu/comm/health/ph_information/implementation/wp/indicators/docs/ev_20050125_rd01_en.pdf.

Un dels avantatges que ofereix aquest mètode és que permet eludir el problema que representa haver d'escollir entre comparar l'alcohol amb l'abstinència o amb el nivell de consum de baix risc. Si s'observa l'exemple anterior sobre el Regne Unit, cada any l'alcohol és el responsable de 23.000 anys de vida perduts en la població femenina (6% del total), independentment del nivell de consum, mentre que, si s'analitza el consum d'alcohol per sobre del nadir, aquesta xifra només varia lleugerament, fins a 25.000 anys de vida perduts (White, Altmann i Nanchahal, 2004). Tot i que aquesta diferència és significativa, queda patent que no és de la mateixa magnitud que les diferències que es registren quan s'avalua la mortalitat.

Fent servir aquest mètode per valorar les pèrdues que representa la morbiditat, es pot determinar que, cada any, l'alcohol és el responsable de la pèrdua de més de 4,5 milions d'anys de vida ajustats per invalidesa a la UE (7,4% del total d'anys de vida ajustats per invalidesa; vegeu la figura 6.4). Tanmateix, aquest resultat afecta, sobretot, els homes europeus, i representa un 12% del total de mala salut i mort prematura en la població masculina i un percentatge, més reduït però igualment important, del 2% del total de mala salut i mort prematura en la població femenina. La proporció més gran de la càrrega prové dels accidents i les afeccions neuropsiquiàtriques relacionats amb l'alcohol.

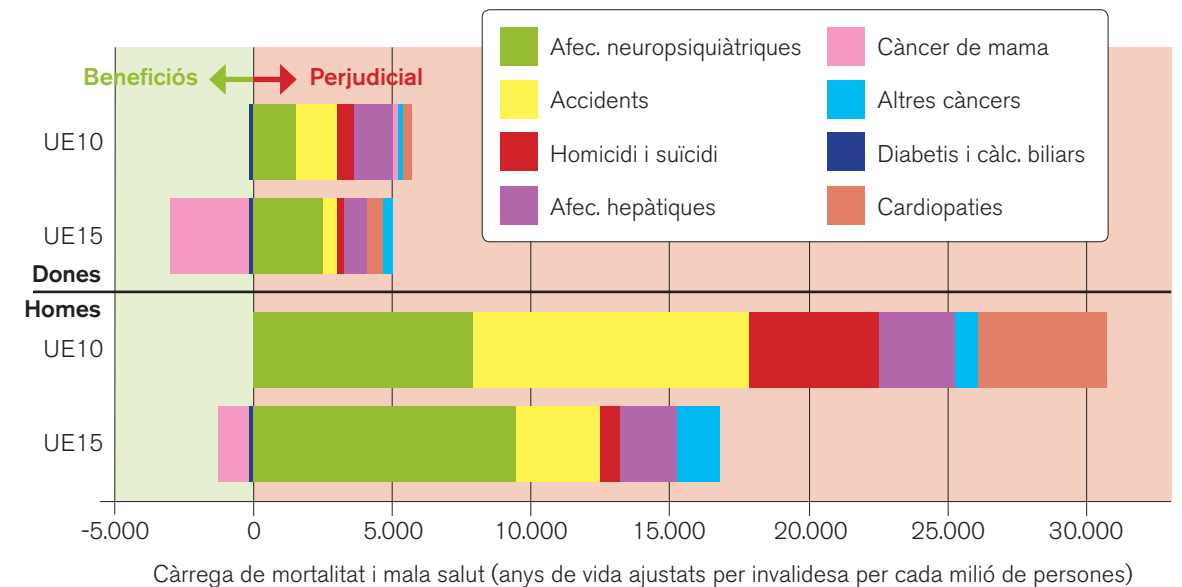


Figura 6.4: Càrrega de mortalitat i mala salut atribuïble a l'alcohol a la Unió Europea.
Adaptat de l'estudi Global Burden of Disease de l'OMS (Rehm [et al.], 2004).

D'acord amb aquests càlculs, l'alcohol és el tercer factor de risc de mort i invalidesa per ordre d'importància a la Unió Europea, per davant de l'obesitat/sobrepès, i gairebé quatre vegades més rellevant que el consum de drogues il·legals (vegeu la figura 6.5). Només l'hàbit tabàquic i la hipertensió arterial comporten un nombre més elevat de víctimes mortals.

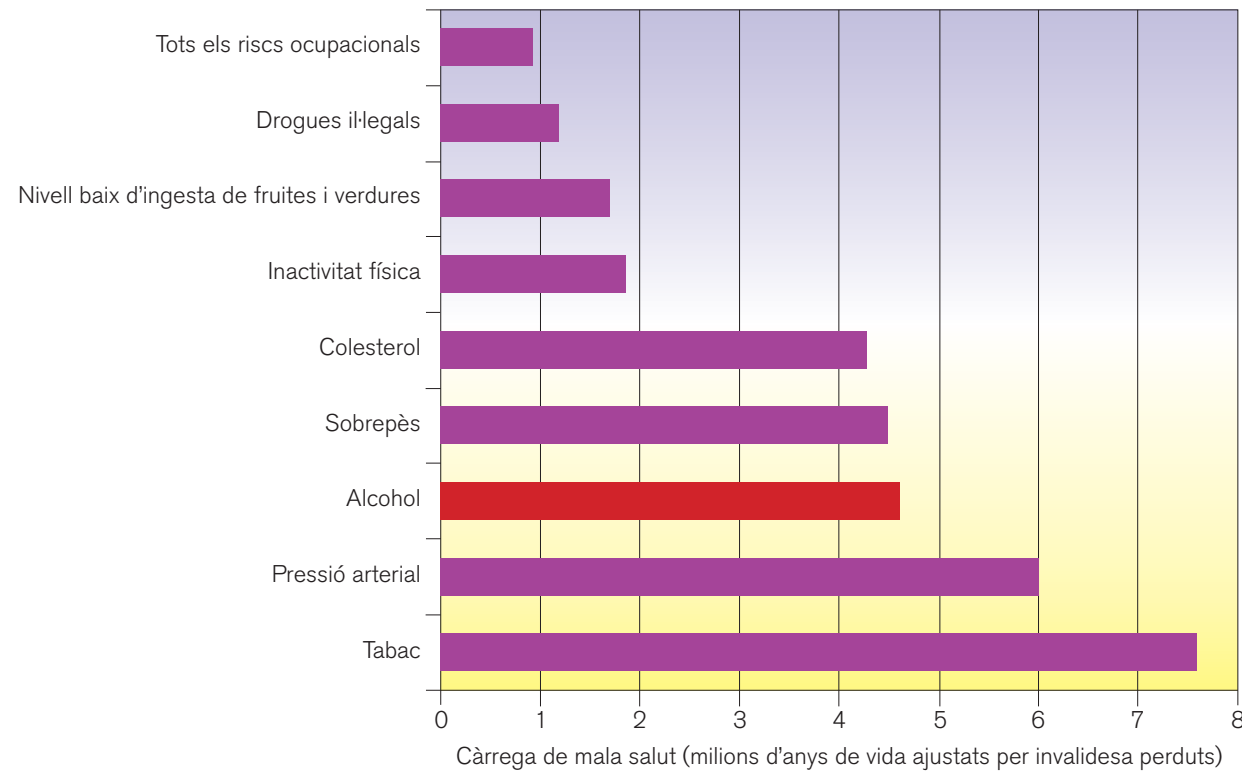


Figura 6.5: Els nou factors de risc d'emmalaltir més rellevants a la Unió Europea. Adaptat de l'estudi Global Burden of Disease de l'OMS (Rehm [et al.], 2004).

Lesions intencionades: homicidi i suïcidi¹⁴

Més de 2.000 morts anuals per homicidi són atribuïbles al consum d'alcohol. Tot i que aquesta xifra representa un percentatge reduït dels danys totals causats per l'alcohol, equival a quatre de cada deu homicidis perpetrats a la Unió Europea. A la UE15, aquesta estimació fa referència a la càrrega de mortalitat per homicidi en general però, a la UE10, l'alcohol influeix desproporcionadament en els índexs d'homicidis masculins (representa la meitat del total d'homicidis masculins). Més enllà dels efectes de l'alcohol, els índexs d'homicidi generals solen ser més elevats als països de la UE10 que a la UE15 (especialment, als països bàltics), tot i que cal recordar que, en molts casos, les dades relatives a ambdós grups de països se superposen. Si s'analitza el delictes individual (com s'ha fet amb els altres delictes als apartats anteriors), els estudis procedents de Finlàndia, França (1973), Alemanya, Noruega, Polònia, Suècia i el Regne Unit indiquen que entre un 40% i un 70% dels homicidis estan relacionats amb l'alcohol d'una manera o altra (per consultar més informació sobre les fonts, vegeu la nota al peu de la taula

¹⁴ A diferència de les altres categories de salut que s'analitzen en aquest capítol, en el cas de les morts per homicidi/suïcidi, hi ha dues estimacions disponibles: (i) fent servir la tècnica que es descriu al quadre 6.5 (adaptar els resultats globals proporcionalment a la població), a partir dels valors X60-Y09, Y35-Y36, Y87,0, Y87,1 de l'ICD-10; o (ii) combinar les morts per homicidi (X85-Y09 de l'ICD-10) i per suïcidi (X60-X84 de l'ICD-10) de cada país amb les fraccions atribuïbles a l'alcohol de cada franja d'edat i sexe que s'inclouen a l'estudi Global Burden of Disease. És probable que la segona opció sigui més precisa, ja que les estimacions es calculen a escala nacional i són més detallades, però no és comparable amb les altres xifres de mortalitat que s'inclouen en aquest capítol. Per aquest motiu, les xifres de mortalitat que apareixen a l'apartat Lesions intencionades d'aquest capítol són lleugerament més baixes que les de l'apartat Mortalitat (inclosa la figura 6.2).

6.1). D'altra banda, les anàlisis de sèries temporals realitzades a 13 dels països de la UE15 i Noruega, com a part del projecte ECAS, permeten observar aquest fenomen d'una manera més objectiva (Rossow, 2001; vegeu més endavant). Malgrat que l'efecte per litre d'alcohol és més destacat als països del nord d'Europa, el nivell més elevat de consum que es registra al sud del continent fa que el nombre general estimat d'homicidis atribuïbles a l'alcohol que s'obté a ambdues zones sigui similar (vegeu la figura 6.6). De fet, el percentatge estimat del total d'homicidis que es deu al consum d'alcohol és lleugerament més elevat al sud d'Europa (61% del total d'homicidis) que al nord (50% d'un índex d'homicidis més elevat; vegeu també l'anàlisi més detallada que s'inclou a l'apartat anterior sobre delinqüència).

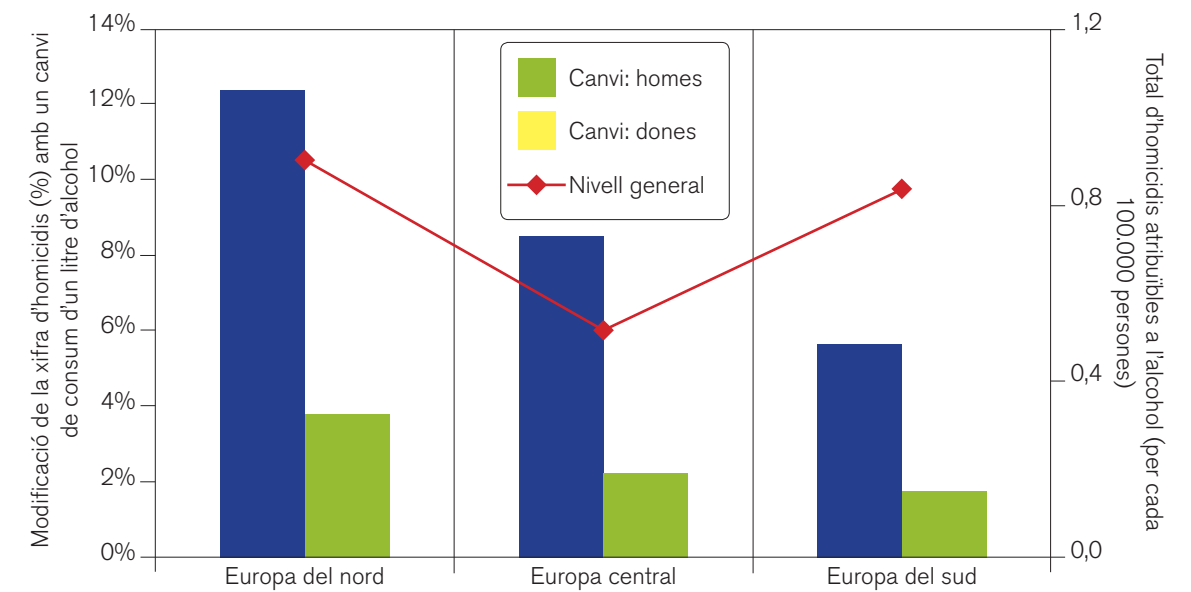


Figura 6.6: Homicidis i alcohol als països del nord, centre i sud d'Europa.

Font: Rossow, 2001.

Les morts per **suïcidi** representen entre un 7% i un 8% del total de morts causades per l'alcohol, una càrrega que afecta més els homes que les dones. A la Unió Europea, la xifra de 10.000 morts representa més d'un de cada sis suïcidis, i a la UE10, un de cada quatre suïcidis. A més, els suïcidis masculins són molt més freqüents a la UE10, com també succeeix amb la majoria d'afeccions relacionades amb l'alcohol (tot i que, als països candidats de Bulgària i Romania es registren uns nivells relativament pobres). Els índexs de suïcidis d'Europa del sud són dels més baixos de tot Europa: el percentatge més reduït és el que es registra a Grècia. Tot i així, cal recordar que, en aquest país, on el suïcidi com a causa de mortalitat representa una quinzena part del percentatge de suïcidis de Lituània, el nombre de morts de causa indeterminada és molt més elevat, la qual cosa indica que les pràctiques del registre de certificats de defuncions podrien variar segons el país. Tanmateix, aquestes dades coincideixen amb estudis previs realitzats a escala nacional, que mostren que l'alcohol té una influència més destacada en els suïcidis als països nòrdics que a França, Portugal o Hongria (Rossow, PERNANEN I Rehm, 2001), o, de manera més general, a Europa del sud i central (Norström [et al.], 2001).

Tot i que les úniques xifres disponibles sobre la morbiditat engloben tots els tipus de lesions intencionades, aquestes dades confirmen que els homicidis, les agressions, els suïcidis i els

intents de suïcidi tenen un pes considerable per a la càrrega de morbiditat dels europeus. A més, les lesions intencionades atribuïbles a l'alcohol, tot i que, en un percentatge menys rellevant que la mortalitat, perjudiquen la salut dels ciutadans de la UE, amb una reducció de 350.000 anys de vida ajustats per invalidesa, i són aproximadament dues vegades més prominents als països de la UE10 que a la UE15.

Lesions inintencionades: conducció sota els efectes de l'alcohol i altres accidents¹⁵

Les estimacions més fiables de l'estudi Global Burden of Disease indiquen que més d'una de cada tres **víctimes mortals dels accidents de trànsit rodat** són degudes a l'alcohol. Els percentatges de morts per conducció sota els efectes de l'alcohol varien segons el gènere, amb 15.000 morts anuals en el cas dels homes, i 2.000 en el cas de les dones. D'altra part, es calcula que entre un 2% i un 3% dels conductors de tots els viatges que es produeixen a la UE15 es troben sota els efectes de l'alcohol (European Transport Safety Council, 2003), i les investigacions realitzades en aquest àmbit demostren que el percentatge d'implicació de l'alcohol augmenta paral·lelament amb la gravetat del problema. Per exemple, l'any 1999, un 11% del total dels accidents de trànsit rodat registrats a Letònia estaven relacionats amb l'alcohol, però, en canvi, l'alcohol estava vinculat amb un 32% dels accidents greus i un 39% dels accidents mortals (Baltic Data House, 2001). Si només es tenen en compte els danys a la propietat, l'any 2003, el cost estimat dels accidents de trànsit a la UE va ser de 10.000 milions d'euros.

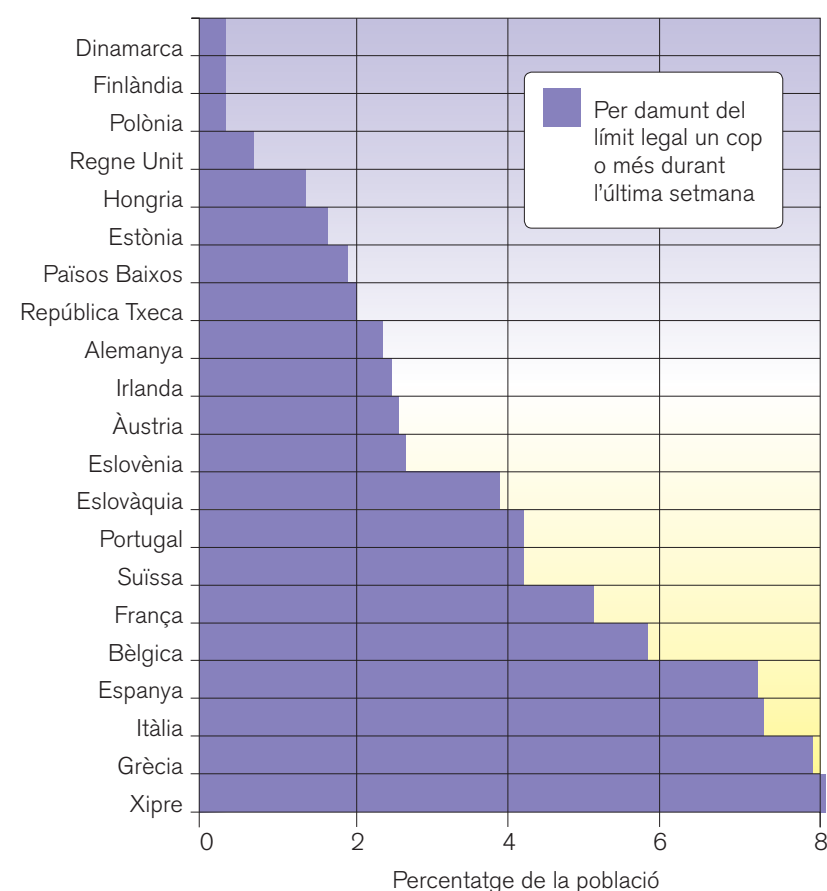


Figura 6.7: Comportament de conducció sota els efectes de l'alcohol a Europa.
Font: Projecte sobre les actituds socials envers el risc del trànsit rodat a Europa (Sardi i Evers, 2004). El resultat registrat a Xipre (21,8%) queda fora de l'escala que es mostra en aquesta figura.

Un gran nombre d'evidències indiquen que la magnitud de la càrrega de víctimes mortals per accidents de trànsit relacionats amb l'alcohol varia a les diverses regions d'Europa. Els índexs generals de víctimes mortals d'accidents de trànsit són bastant més elevats als països del sud d'Europa que a la resta de la UE15 i gran part de la UE10, una diferència que s'ha anat acusant durant els últims 30 anys. Malgrat que un terç dels europeus afirma que mai no beu alcohol quan ha de conduir, els percentatges de cada país varien tant que, per exemple, la proporció de suecs que manté aquesta afirmació és cinc vegades superior a la d'italians (Sartre, 1998). El respecte dels límits legals segueix uns paràmetres semblants. Els europeus del sud superen els límits establerts amb molta més freqüència que la resta de ciutadans de la UE15 i la UE10 (vegeu la figura 6.7; Sardi i Evers, 2004). D'altra banda, el diferencial entre els països de la UE15 i els països de la UE10 és molt més ampli que a mitjan anys vuitanta, quan l'índex en la població femenina de la UE10 era més baix que el de la UE15, en comparació amb els últims anys, durant els quals el percentatge registrat és un 50% més elevat que a la UE15.

Si s'estudien altres **causes accidentals de mort**, la diferència entre els països europeus encara és més marcada. Així doncs, a la UE10, els índexs de mortalitat a causa de lesions, enverinament, caigudes accidentals, ofegament accidental i altres causes externes són, com a mínim, dues vegades més elevats que als països de la UE15. Pot ser interessant observar que als països de la UE15 es registren més accidents laborals que a la UE10, tot i que l'índex de mortalitat a causa d'aquest tipus d'accidents és més elevat a la UE10 (a part de Portugal, Espanya i Itàlia), la qual cosa indica l'existència de possibles diferències entre els registres dels accidents laborals, la pràctica sanitària i de seguretat o la gravetat dels accidents entre les diferents zones de la Unió. De la mateixa manera, quan es pregunta als estudiants en edat escolar sobre els accidents causats pel consum d'alcohol, a la UE15, el percentatge d'estudiants que respon haver patit una lesió o haver anat a l'hospital per haver consumit alcohol és més elevat que a la UE10, i els valors més alts provenen del Regne Unit i Irlanda (Hibell [et al.], 2004).

El cost de vides humanes que comporta l'alcohol és més elevat en aquest grup que engloba els «altres accidents» que en el conjunt d'accidents per conducció sota els efectes de l'alcohol, amb un total de 27.000 víctimes. Sumat als accidents de trànsit rodat, la xifra suma 1,1 milions d'anys de vida ajustats per invalidesa, en la majoria de casos, homes, que representa una quarta part de la càrrega de malaltia i invalidesa masculines causades per l'alcohol.¹⁶

Afeccions neuropsiquiàtriques¹⁷

Els trastorns neuropsiquiàtrics inclouen la depressió i l'epilèpsia, i altres trastorns directament atribuïbles a l'alcohol, com la psicosi i la dependència alcohòlica. Aquests trastorns per sí sols representen una part substancial de la mala salut dels europeus, i equivalen a un 4% del total de la càrrega de mortalitat i malaltia de la UE. A més, això implica que la part atribuïble a l'alcohol és l'aspecte més important de la morbiditat atribuïble a l'alcohol, amb una xifra de 2,5 milions d'anys de vida ajustats per invalidesa, corresponent a més d'un 45% de

¹⁵ Valors V01-X59, Y40-Y86, Y88,Y89 de l'ICD-10; accidents mortals de trànsit rodat d'acord amb els valors E810-819, E826-829,E929,0 de l'ICD-9 (la base de dades Salut per a tots i l'estudi Global Burden of Disease no proporcionen codis de l'ICD-10).

¹⁶ Per aclarir el significat d'aquestes xifres, els percentatges d'afeccions concretes dins la càrrega de malaltia i invalidesa (a més de la mortalitat) s'expressen com el percentatge de l'impacte negatiu (brut).

¹⁷ F01-F99, G06-G98 de l'ICD-10.

la càrrega de l'alcohol. Segons una estimació conservadora dels casos de depressió, aquest trastorn representa un cost de 150.000 anys de vida ajustats per invalidesa, que equivalen a més de 200.000 episodis depressius greus anuals a Europa.¹⁸ D'altra banda, atès que la majoria de trastorns neuropsiquiàtrics són perjudicials per a la salut però no mortals, no és sorprenent que siguin la causa de *només* 17.000 morts (una proporció molt més reduïda de la càrrega total que la que s'obté amb la morbiditat).

Els trastorns neuropsiquiàtrics són un dels pocs àmbits que afecten més els països de la UE15 que els de la UE10. A la UE10, els trastorns mentals i conductuals han disminuït gradualment des de la meitat dels anys noranta, mentre que, per contra, a la UE15 els percentatges han augmentat fins a arribar al punt que, l'any 2001, l'índex de mortalitat estandarditzat de la UE15, comparat amb el de la UE10, era dues vegades més alt en el cas dels homes i set vegades més alt en el cas de les dones. Actualment, tot i que no és habitual, la xifra de morts masculines atribuïdes a psicosis i dependència alcohòliques (codis 291 i 303 de l'ICD-9; codi F10 de l'ICD-10) a tot Europa és més homogènia, després de l'augment sobtat que es va registrar als països bàltics i Hongria a mitjan anys noranta.

Afeccions gastrointestinals¹⁹

La cirrosi hepàtica és una de les malalties més conegudes originades pel consum d'alcohol i, sovint, s'empra com a indicador general dels problemes relacionats amb l'alcohol. Al conjunt de la Unió Europea, més de 45.000 morts per cirrosi són causades per l'alcohol, una xifra que equival, gairebé, a dues terceres parts del total de morts per cirrosi, i a una quarta part del total de mortalitat atribuïble a l'alcohol. Tanmateix, l'impacte relatiu de la cirrosi és més rellevant en la mortalitat que en la morbiditat i, a causa de l'aparició relativament tardana de molts dels casos de cirrosi, l'elevat nombre de morts equival només a 75.000 anys de vida ajustats per invalidesa. Tant amb relació al nombre de morts com al nombre d'anys de vida ajustats per invalidesa, els homes pateixen, aproximadament, el doble dels danys que les dones, en gran part, segurament, a causa de les diferències del consum d'alcohol entre ambdós gèneres (vegeu el capítol 4).

Si s'observen els índexs de cirrosi de manera més general, destaca el fet que hi hagi certa homogeneïtat entre els països de la UE15.²⁰ La causa principal d'aquest fenomen és el descens relatiu de la mortalitat als països del sud d'Europa, que ha passat de ser sis vegades més elevat que als països d'Europa del nord entre 1950 i 1980, a menys del doble dels índexs (més elevats) del nord d'Europa l'any 2001.²¹ Aquesta progressió es pot atribuir als canvis observats en el consum d'alcohol al sud del continent (vegeu la figura 6.8), que ha disminuït considerablement al mateix temps que s'han reduït els índexs de cirrosi (vegeu també el capítol 4). La comparació transnacional entre 15 països d'Europa occi-

dental, que mostra que els països amb un consum més elevat per capita solen presentar uns índexs més elevats de mortalitat per cirrosi, confirma aquesta tendència (Ramstedt, 1999; Ramstedt, 2002).

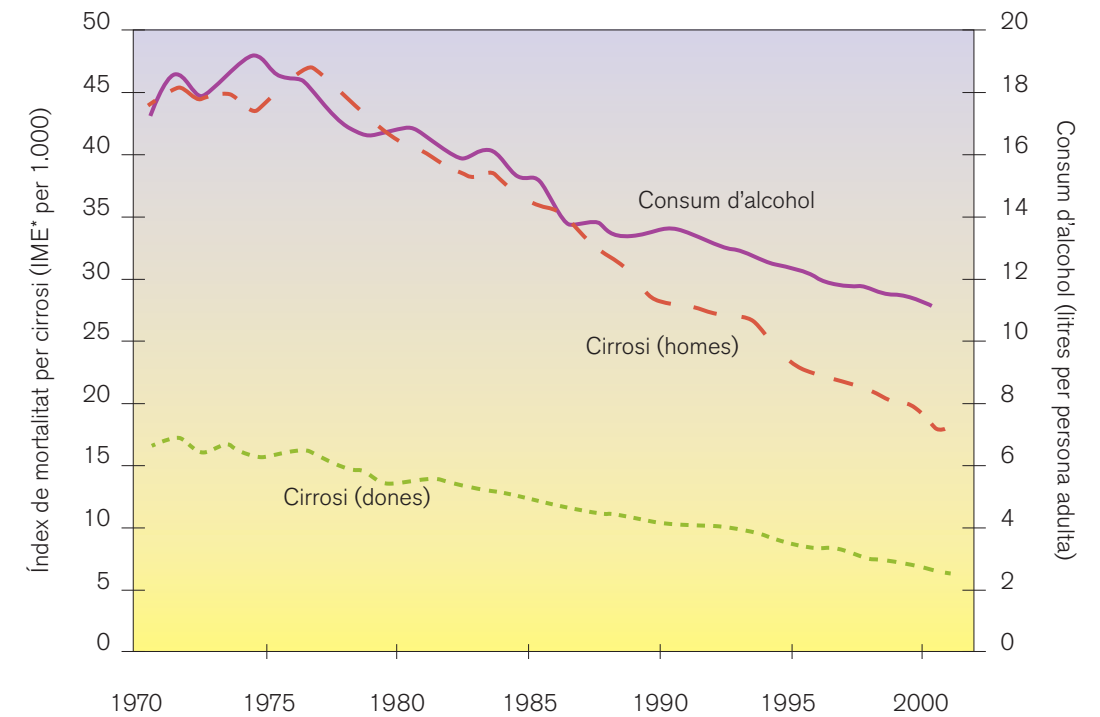


Figura 6.8: Índexs de consum d'alcohol i cirrosi a Europa del sud.

Font: mitjana no ponderada de les dades de França, Itàlia, Grècia, Espanya i Portugal procedents de la base de dades Salut per a tots de l'OMS.

* Índex de mortalitat estandarditzada.

Els nivells de cirrosi dels països de la UE10 també s'han unificat lleugerament, però, tot i que hi ha països on els nivells són similars als de la UE15, d'altres (com Romania i Hongria) encara presenten índexs molt més elevats. La recerca encara no ha proporcionat una explicació per als percentatges desproporcionadament alts d'Hongria, Eslovènia i Romania, tot i que els últims estudis indiquen que els compostos hepatotòxics dels licors de producció il·legal podrien ser-ne parcialment responsables (Szücs [et al.], 2005) (vegeu el capítol 5), a més del fet evident que a tots aquest països els nivells de consum sense registrar són molt elevats (vegeu el capítol 4).

Afeccions endocrines i metabòliques²²

A l'estudi Global Burden of Disease s'inclou l'efecte protector de l'alcohol per a la diabetis del tipus II a la subregió EURO-A (no hi ha prou evidències per aplicar-lo a altres regions; vegeu també el capítol 5). S'estima que aquest efecte protector permet prevenir gairebé 6.000 morts i 50.000 anys de vida ajustats per invalidesa anuals.

¹⁸ Estimacions obtingudes combinant la fracció atribuïble a l'alcohol dels casos de depressió de l'estudi Global Burden of Disease i les xifres de la base de dades Salut per a tots relatives al nombre d'episodis depressius anuals registrats als països de la UE.

¹⁹ Codis K20-92 de l'ICD-10.

²⁰ Per mesurar l'homogeneïtat, s'ha fet servir el coeficient de variació (vegeu el capítol 4). La informació històrica sobre la mortalitat s'ha obtingut de la base de dades Salut per a tots de l'Organització Mundial de la Salut (<http://www.euro.who.int/hfad>).

²¹ Les anàlisis dels anys cinquanta provenen de l'estudi ECAS (Ramstedt, 2001a); la comparació de l'any 2001 és producte de les anàlisis de la informació de la base de dades Salut per a tots dels autors d'aquest informe.

²² Codis E10-E14 de l'ICD-10.

Càncers²³

L'alcohol és un factor de risc modificable rellevant per al càncer (Danaei [et al.], 2005) i, tot i que no és un aspecte que aparegui contínuament als debats públics sobre els riscos que comporta l'alcohol per a la salut, cal recordar que les més de 50.000 morts anuals per càncer representen la xifra més important de mortalitat a causa del consum d'alcohol. Al contrari que la majoria de problemes relacionats amb l'alcohol, els càncers comporten un risc particular per a les dones, ja que 11.000 de les morts anuals corresponen a dones europees que moren a causa d'un càncer de mama atribuïble a l'alcohol. En ambdós casos, els càncers atribuïbles a l'alcohol tenen una influència negativa més elevada mitjançant la mortalitat que la invalidesa, per la combinació de dos factors: l'edat relativament avançada de la mort (i, per tant, menys anys perduts de vida) i el nombre relativament més elevat de víctimes mortals de cada cas.

Afeccions reproductives²⁴

Malgrat que hi ha diverses afeccions reproductives que s'han relacionat amb el consum d'alcohol (vegeu el capítol 5), l'estudi Global Burden of Disease només inclou els resultats relatius al baix pes en néixer. No obstant això, cal tenir present que l'alcohol és el responsable d'entre un 1% i un 2% dels casos de baix pes en néixer a Europa, que equivalen a 5.000 anys de vida ajustats per invalidesa, dels quals gairebé la meitat es registren a la UE10. Fent servir dades europees sobre les xifres de nadons amb baix pes en néixer, s'estima que, cada any, l'alcohol és el responsable de 60.000 casos de baix pes en néixer als països de la UE.²⁴

Afeccions cardiovasculars²⁵

El consum d'alcohol pot ser tant beneficiós com perjudicial per a les cardiopaties, depenent de la quantitat ingerida i els patrons de consum que segueixi la persona (vegeu el capítol 5). La Unió Europea és un clar exemple d'aquest efecte ambigu, tal com demostren les 150.000 morts netes retardades pel consum d'alcohol a la UE15, i les 17.000 morts netes causades per l'alcohol a la UE10 —si els països de la UE s'agrupen per regions on l'alcohol té un efecte positiu o negatiu per a la mortalitat de causa cardiovascular, les xifres brutes són 155.000 morts retardades i 22.000 morts causades per l'alcohol.²⁵ Tot i que l'efecte cardioprotector de l'alcohol ha estat demostrat, aquestes estimacions podrien sobrevalorar-lo considerablement (vegeu el capítol 5 i l'anàlisi més amunt), per la qual cosa cal ser prudent a l'hora d'interpretar les xifres.

La situació a Europa contrasta enormement amb la de la resta del món, on les afeccions cardiovasculars causades per l'alcohol són la causa de més de 250.000 morts anuals. Tanmateix, de manera més similar a la tendència mundial, els beneficis de l'alcohol per a la salut i per retardar la mortalitat són molt més significatius per a les dones que per als homes.

Mortalitat directament atribuïble a l'alcohol

Més enllà de l'estudi Global Burden of Disease, la magnitud canviant dels danys atribuïbles a l'alcohol es pot avaluar estudiant les afeccions que es consideren relacionades amb

l'alcohol (per exemple, els informes nacionals de l'Organització Mundial de la Salut, 2004). Durant la segona meitat del segle xx, aquestes afeccions s'han analitzat detalladament al països de la UE15, en diferents zones considerades culturalment i geogràficament properes (en aquest informe, països d'Europa del sud, del nord i central), emprant una mesura de mortalitat combinada que engloba diversos codis de l'ICD (afeccions atribuïbles a l'alcohol, AAA).²⁶ D'acord amb aquests estudis, si comparem els índexs de mortalitat per AAA durant els últims 50 anys, a la zona d'Europa on els índexs són més alts, les xifres són cinc vegades més elevades que a la zona amb els índexs més baixos. A més, sorprenentment, durant aquest període de temps la classificació de les diverses zones s'ha invertit. Entre 1950 i 1965, els índexs de mortalitat per AAA més elevats eren els del sud d'Europa, i els més baixos, els del nord d'Europa, tant en la població femenina com en la masculina. Però l'any 1995 es va registrar un resultat invers, a causa tant del descens dels índexs als països d'Europa del sud com de l'augment dels índexs a l'Europa del nord, tot i que, a Suècia, el punt més alt es va registrar al començament dels anys vuitanta. A més, els índexs de mortalitat general també van créixer a la majoria de països d'Europa central, exceptuant Àustria i Bèlgica, on s'ha identificat un descens durant els últims anys.

Com s'ha explicat al capítol 5, aquestes afeccions són especialment sensibles a les variacions de les pràctiques de codificació, la qual cosa pot dificultar la comparació de les dades de diversos períodes de temps i espais diferents. En aquest cas, a primera vista no s'observa cap correlació entre el consum mitjà per persona adulta i les morts per AAA als països de la UE15, tal com s'aprecia a la figura 6.9.

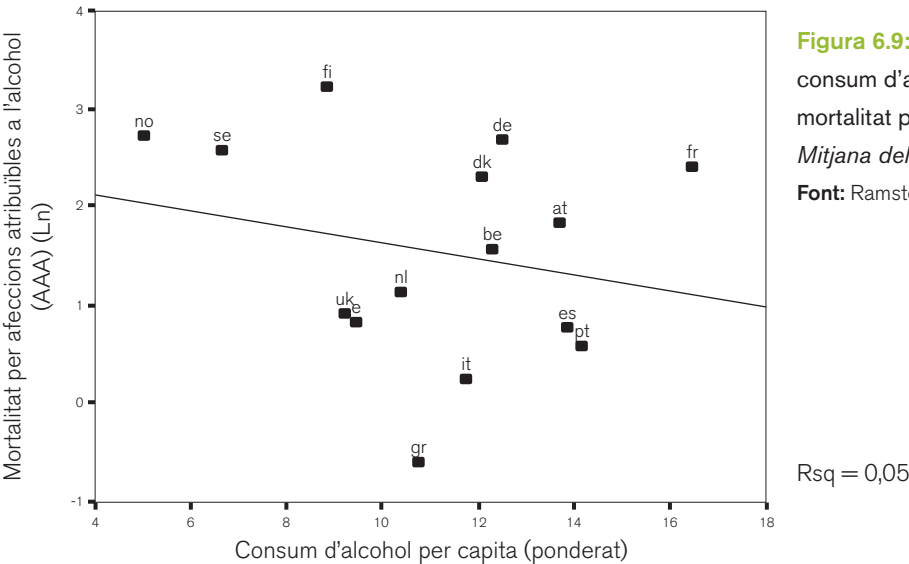


Figura 6.9: Relació entre el consum d'alcohol per capita i la mortalitat per AAA.²⁷ Mitjana del període 1987-1995. Font: Ramstedt, 2001c.

²⁶ Les mesures combinades inclouen: «alcoholisme»/síndrome de dependència de l'alcohol (codi 303 a l'ICD-9), psicosi alcohòlica (codi 291 a l'ICD-9), intoxicació alcohòlica (codi E860 a l'ICD-9), «consum de risc» (codi 350,0 a l'ICD-9), cardiomiopatia alcohòlica (codi 425,5 de l'ICD-9), gastritis alcohòlica (codi 535,3 de l'ICD-9) i polineuropatia alcohòlica (codi 357,5 de l'ICD; Ramstedt, 2001a).

²⁷ Les mesures combinades inclouen: «alcoholisme»/síndrome de dependència de l'alcohol (codi 303 a l'ICD-9), la psicosi alcohòlica (codi 291 a l'ICD-9), intoxicació alcohòlica (codi E860 a l'ICD-9), «consum de risc» (codi 350,0 a l'ICD-9), cardiomiopatia alcohòlica (codi 425,5 de l'ICD-9), gastritis alcohòlica (codi 535,3 de l'ICD-9) i polineuropatia alcohòlica (codi 357,5 de l'ICD; Ramstedt, 2001a).

Els resultats es poden considerar una confirmació de l'escepticisme general envers l'ús de dades ecològiques per extreure relacions causals (Robinson, 1950). Així doncs, si s'omet un altre factor vinculat al consum d'alcohol i la mortalitat relacionada amb l'alcohol, l'efecte estimat de l'alcohol es veurà influït. No obstant això, si se separen els països en tres grups diferents, la relació entre els nivells de consum i la mortalitat per AAA és extremadament positiva (Ramstedt, 2001c), tal com indica la figura 6.10. Aquest factor suggereix que les pràctiques de registre depenen de factors culturals, i que els nivells de consum estan relacionats amb els índexs de mortalitat per AAA d'una sola cultura.

Un exemple contemporani sorprenent de l'efecte del consum d'alcohol en la mortalitat és el cas d'Anglaterra i Gal·les on, durant les últimes dècades, els índexs de mortalitat directament atribuïble a l'alcohol han augmentat tant dràsticament com el consum d'alcohol. Segons una anàlisi nacional sobre la mortalitat en la qual l'alcohol és una causa bàsica de mort, entre 1979 i 2000 els índexs es van multiplicar per dos (Baker i Rooney, 2003), mentre que un estudi regional va identificar un increment encara més marcat del nombre de certificats de defunció on s'esmenta l'alcohol com a causa de mort (Goldacre [et al.], 2004). Aquests estudis demostren que els canvis en el consum d'alcohol poden tenir un efecte retardat o bé un impacte gairebé immediat en els nivells de danys (vegeu més endavant; aquesta conclusió també ha estat pronosticada teòricament; consulteu Rehm i Gmel, 2001). En aquest cas, l'increment de la mortalitat es produeix en un període durant el qual el consum d'alcohol es manté relativament estable (com a mínim, fins a l'augment registrat a mitjan anys noranta), però, immediatament després, s'esdevé un període de ràpid increment del consum d'alcohol (que passa de 6,5 a 10,5 litres per persona adulta entre els anys 1961 i 1979).

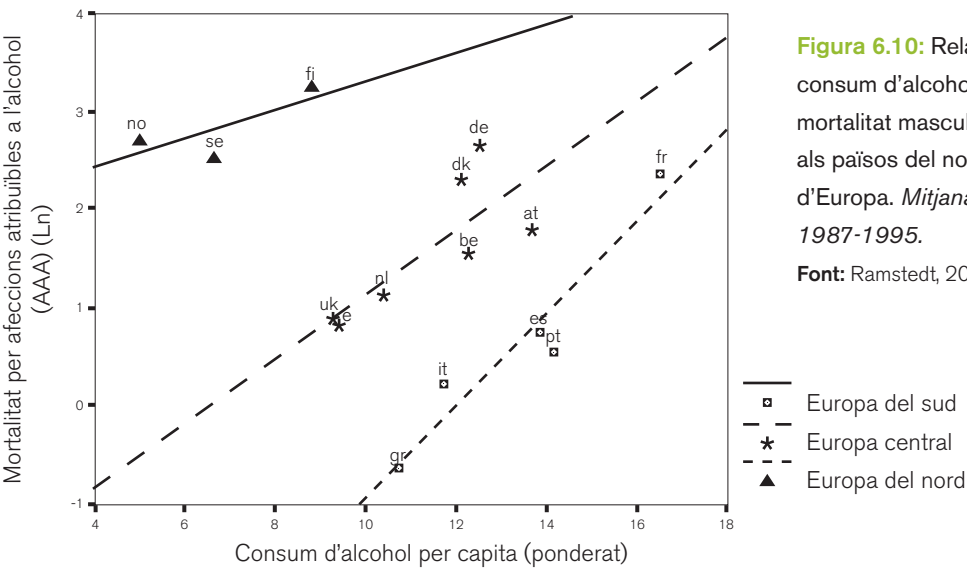


Figura 6.10: Relació entre el consum d'alcohol per capita i la mortalitat masculina per AAA²⁸ als països del nord, centre i sud d'Europa. Mitjana del període 1987-1995.
Font: Ramstedt, 2001c.

²⁸ Les mesures combinades inclouen: «alcoholisme»/síndrome de dependència de l'alcohol (codi 303 a l'ICD-9), la psicosi alcohòlica (codi 291 a l'ICD-9), intoxicació alcohòlica (codi E860 a l'ICD-9), «consum de risc» (codi 350,0 a l'ICD-9), cardiomiopatia alcohòlica (codi 425,5 de l'ICD-9), gastritis alcohòlica (codi 535,3 de l'ICD-9) i polineuropatia alcohòlica (codi 357,5 de l'ICD; Ramstedt, 2001a).

Cost de la mala salut

S'estima que, l'any 2003, el tractament de les malalties causades per l'alcohol va comportar un cost de 17.000 milions d'euros per a la UE (2% del total de les despeses sanitàries de la UE). De la mateixa manera que els resultats de l'estudi Global Burden of Disease, aquesta xifra inclou els beneficis per a la salut que proporciona el consum d'alcohol (però fent servir una metodologia diferent i més aproximada; vegeu el capítol 3). A més d'aquest import, 5.000 milions d'euros més es destinen al tractament i la prevenció del consum perjudicial d'alcohol i la dependència de l'alcohol.²⁹

Cost de la vida perduda

L'elevat nivell de vida perduda a causa de l'alcohol, que es descriu en aquest capítol, es pot avaluar a partir de la pèrdua de potencial o de producció, o bé calculant el preu que estan disposades a pagar les persones per modificar els riscos per a la seva salut (per consultar una anàlisi sobre els costos intangibles, vegeu el quadre 3.3 del capítol 3). Fent servir el primer mètode, es calcula que, l'any 2003, el consum d'alcohol va ser la causa d'una pèrdua de producció futura per a la UE valorada en 36.000 milions d'euros. Tanmateix, aquest mètode presenta diversos inconvenients, com, per exemple, que la producció futura no és el factor més adequat per avaluar la vida en si mateixa (vegeu l'anàlisi al capítol 3). Com a mètode alternatiu, el cost de vida perduda es pot valorar com a cost intangible fent servir la unitat de mesura dels anys de vida ajustats per invalidesa, d'acord amb la valoració de la Comissió de Macrobioètica i Salut de l'Organització Mundial de la Salut (tres vegades el valor del PIB per capita d'un país) (Eichler [et al.], 2004). Amb aquest sistema, el cost intangible de la pèrdua de vida l'any 2003 equival a 260.000 milions d'euros. Tot i així, aquesta xifra depèn enormement del valor que es proporioni als anys de vida ajustats per invalidesa, que varia considerablement segons l'estudi (Eichler [et al.], 2004). D'altra banda, es poden emprar dues xifres més, que també es consideren plausibles: el valor més baix calculat de conformitat amb les decisions de l'Institut Nacional Britànic d'Excel·lència Clínica (Raftery, 2001), o el valor més alt emprat pel govern britànic per calcular els costos de la delinqüència i la seguretat viària (Carthy [et al.], 1999; Dubourg, Hamed i Thorns, 2005). Si s'apliquen aquestes xifres a la pèrdua neta d'anys de vida ajustats per invalidesa que s'indica més amunt, s'estima que, l'any 2003, el cost intangible de vida perduda a la UE se situava entre 145.000 i 712.000 milions d'euros.

²⁹ Hi ha diversos estudis que no inclouen els costos del tractament o la prevenció, tot i que resulta difícil esbrinar si aquesta absència es deu a una organització diferent dels costos (en cas que el tractament s'incorpori a la categoria dels hospitals psiquiàtrics residencials, dins l'àmbit de l'atenció sanitària) o a la manca d'informació. Als estudis revisats, els costos relatius al tractament i la prevenció varien entre 1.000 i 18.000 milions d'euros, segurament a causa de les diferències reals de les despeses, les inclusions parcials en altres camps i la dificultat de calcular alguns dels costos. Per aquests motius, es recomana emprar aquesta estimació amb prudència.

La càrrega de l'alcohol per a Europa

Danys a la gent jove

A Europa, la càrrega de mala salut a causa de l'alcohol recau desproporcionadament sobre els homes joves, 13.000 dels quals moren cada any a la Unió Europea.³⁰ Aquesta xifra equival a una de cada quatre morts en els joves de gènere masculí, una proporció que augmenta fins a un de cada tres casos a la UE10. L'alcohol és el responsable d'un percentatge lleugerament més reduït però igualment considerable de la mortalitat de les dones joves, amb un total de 2.000 morts, que corresponen a un 11% de la mortalitat femenina en aquesta franja d'edat a tota la UE. A la figura 6.1, que il·lustra que la proporció de morts a causa de l'alcohol és més elevada entre els homes i les dones de 15 a 29 anys d'edat, es pot apreciar fins a quin punt aquesta càrrega afecta molt més les persones joves que la resta de grups d'edat.

La gran proporció de danys que comporta l'alcohol per als joves es deu al pes de les lesions intencionades i inintencionades com a causes de mort principals entre la gent jove, en comparació amb les cardiopaties, que són més rellevants entre grups d'edat més avançada (vegeu el capítol 5). Fins i tot a països on es calcula que l'alcohol retarda més morts que no pas en causa (com Anglaterra i Gal·les), el consum d'alcohol és una de les causes principals de mort entre la gent jove, i continua tenint un impacte negatiu per a un percentatge majoritari de les persones de mitjana edat (vegeu la figura 6.11).

El percentatge de delictes i disturbis relacionats amb l'alcohol també és considerable entre la gent jove. L'única font de comparacions amb els adults prové d'Estònia i indica que l'alcohol té un paper molt més important a les agressions comeses pels joves que pels adults. A la UE, més de 333.000 estudiants de 15 a 16 anys d'edat afirmen haver participat en una baralla després de consumir alcohol (8% dels nois i 4% de les noies), tot i que, als països del sud d'Europa aquesta xifra és menys important, i a la UE10 el percentatge de les noies és més reduït (Hibell [et al.], 2004). Paral·lelament, 220.000 estudiants han tingut problemes amb la policia a causa d'haver consumit alcohol (4%), amb els percentatges més importants registrats a Europa central, i a Europa del nord en el cas de les noies. Segurament, aquests resultats encara són més elevats entre els adults joves de més edat (de 17 a 30 anys), tal com mostren els estudis realitzats a Dinamarca i Polònia. D'altra part, també s'observa que la gent jove considera l'alcohol com una causa important del comportament agressiu (segons un estudi holandès, n'és la causa més important; KPMG, 2001).

³⁰ Les estimacions fan servir el mateix mètode per recalculer que les altres estadístiques de l'estudi Global Burden of Disease, però les dades sobre la gent jove (entre 15 i 29 anys d'edat) provenen de l'informe separat per edats presentat per Rehm, a partir d'un informe anterior (Rehm i Gmel, 2002).

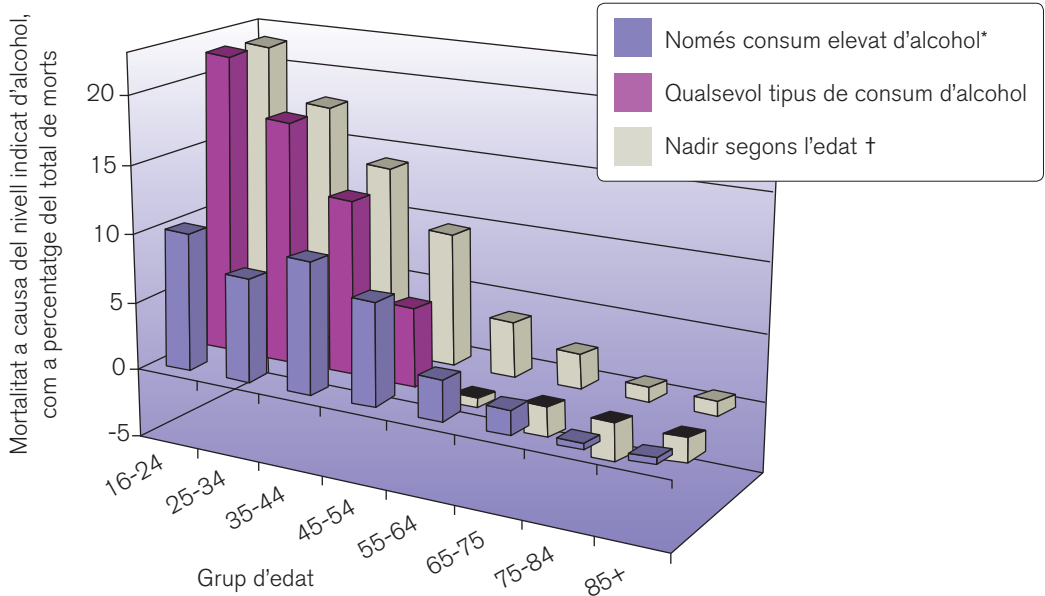


Figura 6.11: Mortalitat masculina a causa de diversos nivells de consum d'alcohol segons el grup d'edat a Anglaterra i Gal·les l'any 1997. * **El consum elevat d'alcohol es defineix com la ingesta de 280 g d'alcohol o més per setmana.** † **El nadir segons l'edat per als homes és zero (entre 16 i 34 anys d'edat), 20 g per setmana (entre 35 i 44 anys), 50 g per setmana (entre 45 i 54 anys), 70 g per setmana (entre 55 i 64 anys), i 80 g per setmana (més de 65 anys).**

Font: White, Altmann i Nanchahal, 2004.

Quadre 6.5: La càrrega de l'alcohol per a Europa

Delinqüència	El cost estimat dels delictes atribuïbles a l'alcohol per a la policia, els jutjats i les presons europeus és de 15.000 milions d'euros anuals, a més de 12.000 milions d'euros per a la prevenció de la delinqüència i l'administració d'assegurances i 6.000 milions d'euros per danys causats per delictes. El dolor i el patiment de les víctimes dels delictes es valora amb entre 9.000 i 37.000 milions d'euros.
La família	Es calcula que entre 5 i 9 milions de nens viuen amb famílies que pateixen les conseqüències negatives de l'alcohol.
Lloc de treball	Segons una revisió d'estudis nacionals sobre els costos de l'alcohol, s'estima que la pèrdua de productivitat a causa de l'absentisme i l'atur atribuïbles a l'alcohol comporta un cost d'entre 9.000 i 19.000 milions d'euros i 6.000 i 23.000 milions d'euros, respectivament.
Lesions intencionades	Cada any, més de 2.000 homicidis (quatre de cada deu assassinats) i, aproximadament, 10.000 suïcidis (un de cada sis) són atribuïbles a l'alcohol.
Lesions inintencionades	Cada any, 17.000 morts són atribuïbles a la conducció sota els efectes de l'alcohol (una de cada tres), a més de 27.000 morts accidentals més.
Afeccions neuropsiquiàtriques	A Europa, gairebé la meitat de la càrrega de mort prematura i invalidesa atribuïble a l'alcohol és deguda a afeccions neuropsiquiàtriques (dependència de l'alcohol, depressió, epilèpsia), que equivalen a 2,5 milions d'anys de vida ajustats per invalidesa. Aquestes afeccions són la causa de 17.000 morts cada any.

Afeccions gastrointestinals, endocrines i metabòliques	L'alcohol causa 45.000 morts anuals per cirrosi hepàtica, tot i que l'efecte protector que exerceix l'alcohol en els malalts de diabetis de tipus II retarda gairebé 6.000 morts l'any.
Càncers	Els càncers són la causa més important de mortalitat atribuïble al consum d'alcohol, amb més de 50.000 morts anuals, 11.000 de les quals corresponen a dones que moren a causa d'un càncer de mama.
Malalties cardiovasculars	La Unió Europea en conjunt és un clar exemple de la doble direcció de l'efecte potencial de l'alcohol en les cardiopaties, tal com mostren les 150.000 morts netes retardades pel consum d'alcohol a la UE15, i les 17.000 morts netes causades per l'alcohol a la UE10. Els beneficis de l'alcohol per a la salut són molt més significatius per a les dones que per als homes. Cal remarcar la possibilitat que les xifres de morts retardades hagin estat sobrevalorades, ja que la majoria de morts retardades afecten persones de més de 70 anys i, especialment, de més de 80 anys.
Impacte total en la salut	En general, l'alcohol és el responsable del 12% dels casos de mort prematura i invalidesa entre els homes i del 2% entre les dones, tenint en compte els beneficis que comporta per a la salut. El consum d'alcohol representa una causa de pèrdua neta de vida fins als 70 anys d'edat.

Altres resultats de l'estudi ESPAD indiquen que més d'un 5% dels estudiants de 15 a 16 anys d'edat es lamenten d'haver mantingut relacions sexuals instigades per l'alcohol. Des d'una perspectiva de salut pública, resulta preocupant que 200.000 estudiants (3,6%) afirmen haver mantingut relacions sexuals sense protecció després d'haver consumit alcohol, mentre que, a alguns països, el percentatge de noies que ha passat per aquesta experiència supera el dels nois (Regne Unit, Suècia, Islàndia, Finlàndia). D'altra banda, un percentatge més reduït dels estudiants europeus també tenen problemes a la feina/escola (2,4%) o amb els professors (1,2%) a causa de l'alcohol. Com s'ha anat esmentat en aquest capítol, no queda clar fins a quin punt la influència de l'alcohol en la delinqüència, l'educació i el comportament sexual juvenils que es percep equival a la influència *real*.

Desigualtats entre els països europeus

Com ja s'observava fins i tot abans de l'ampliació de la Unió Europea, l'1 de maig de 2004 (Organització Mundial de la Salut i Comissió Europea, 2002), hi ha una desigualtat considerable entre la salut dels ciutadans dels diversos països europeus, tal com demostra el fet que l'esperança de vida al néixer varïï fins a 10 anys entre els membres de la UE. Malgrat les notables variacions entre els diferents països, s'ha identificat un patró geogràfic clar segons el qual no hi ha cap país de la UE10, excepte Malta, on l'esperança de vida arribi al nivell més baix de la UE15. Com a terme mitjà, això implica que un nen nascut l'any 2001 a la UE10 viurà cinc anys menys que la mitjana de nens nascuts a la UE15.³¹ Per tant, conèixer i actuar per escurçar aquesta «desigualtat de salut» és un nou repte considerable per a la Unió Europea durant els pròxims anys.

³¹ Base de dades Salut per a tots de l'Organització Mundial de la Salut, edició de l'1 de juny de 2004.

Tenint en compte aquest context, és evident que moltes de les afeccions individuals que contribueixen a ampliar aquesta desigualtat de salut estan relacionades amb l'alcohol (McKee, Adany i MacLehose, 2004). Els índexs de mortalitat a causa de lesions i actes violents es mantenen a nivells elevats a la UE10, com també és el cas de la cirrosi a diversos països. A més, els patrons de consum d'alcohol, més que mitigar, empitjoren els nombrosos efectes negatius del consum d'alcohol a Europa de l'Est. Les estimacions presentades anteriorment indiquen que l'alcohol és el responsable d'una diferència d'aproximadament 90 morts més per cada 100.000 homes, i 60 morts més per cada 100.000 dones en l'índex brut de mortalitat (a més de 16.000 anys de vida ajustats per invalidesa per cada milió d'homes i 4.000 anys de vida ajustats per invalidesa per cada milió de dones) a la UE10, comparat amb la UE15. Tot i que hi ha altres factors que, probablement, també influeixen les afeccions que constitueixen la desigualtat entre els països (per exemple, la disponibilitat d'armes o la inseguretat social), aquestes xifres mostren clarament que l'alcohol és un factor de risc clau per a la desigualtat de salut.

Desigualtats internes als països europeus

L'alcohol també afavoreix les desigualtats de salut internes dels països, una observació poc sorprenent atesa la concentració del consum de risc als grups socioeconòmics menys afavorits (vegeu el capítol 4) i la mortalitat més elevada causada per les afeccions directament relacionades amb l'alcohol (vegeu el capítol 5). Per exemple, a Suècia, l'addicció a l'alcohol és la segona causa per ordre d'importància de les desigualtats de la càrrega de mala salut per als homes (la setena per a les dones), mentre que les diverses malalties relacionades amb l'alcohol, com les cardiopaties isquèmiques i les lesions infligides per un mateix, també ocupen una posició prominent (Ljung *[et al.]*, 2005).

Moltes de les afeccions responsables de les desigualtats de salut estan clarament relacionades amb l'alcohol, incloses les causes externes (violència, accidents), les apoplexies i les malalties hepàtiques (a tota la UE15), les cardiopaties isquèmiques (a Europa del nord) i el càncer (a Europa del sud) (Kunst *[et al.]*, 1998; Dalstra *[et al.]*, 2004). Tot i així, la influència de l'alcohol en aquestes desigualtats pot diferir segons el país de què es tracti. Per exemple, els dos països amb un nivell de desigualtat més elevat entre els homes de 45 a 59 anys d'edat són França i Finlàndia, però, a França, les desigualtats provenen dels casos de cirrosi hepàtica i càncers relacionats amb l'alcohol, mentre que, a Finlàndia, es deuen a les morts violentes (Kunst *[et al.]*, 1998). D'altra part, els resultats d'una revisió de l'Agència Internacional per a la Recerca del Càncer (IARC, per les sigles en anglès) suggereixen la probabilitat que l'alcohol influeixi en les desigualtats entre determinats tipus de càncer a França i Itàlia, com també que tingui cert impacte a Dinamarca, Suïssa i el Regne Unit, però no a Finlàndia ni Suècia (Møller i Tønneson, 1997).

També hi ha altres estudis que se centren en el paper de l'alcohol en les desigualtats identificades en les cardiopaties (mesurades segons el nivell educatiu), segons els quals els països de la UE segueixen un patró gradual de nord a sud, és a dir, que els nivells de desigualtat relativa i absoluta són més elevats als països d'Europa del nord que als països d'Europa del sud. Segons un estudi que inclou sis estats membres de la UE15, als països amb uns nivells més alts de consum elevat d'alcohol (> 4 begudes diàries per als homes i > 3 begudes diàries per a les dones) i uns nivells més reduïts de consum baix (1-4 begudes diàries per als homes,

i 1-3 begudes diàries per a les dones), la desigualtat de cardiopaties entre els diferents grups educatius és més rellevant. A més, el consum elevat d'alcohol també mostra una correlació positiva notable amb les malalties cerebrovasculars, tot i que no s'ha identificat cap vincle amb el nivell baix de consum d'alcohol. Aquestes correlacions només són vàlides per a un nombre reduït de països i, a més, depenen del punt de tall del consum elevat, però, tot i així, indiquen que els nivells de consum estan vinculats amb les desigualtats en les cardiopaties a escala poblacional (Mackenbach [et al.], 2000).

Aquestes afeccions també semblen estar relacionades de manera similar amb les desigualtats entre les diferents zones geogràfiques, a més de les desigualtats entre les persones, tot i que només hi ha informació disponible en el cas del Regne Unit. A aquest país, s'estima que l'efecte de l'alcohol en determinats tipus de càncer, la cirrosi i el suïcidi és el responsable d'un 6% de les 40.000 morts excedents a les zones socioeconòmicament menys afavorides (Law i Whincup, 1998), malgrat que el consum elevat d'alcohol redueix la desigualtat en la mortalitat per cardiopatia (Morris [et al.], 2001). Al Regne Unit, els càncers relacionats amb l'hàbit tabàquic i el consum d'alcohol són entre dues i tres vegades més comuns a les zones més marginades que a la resta del país, i la diferència entre aquests tipus de càncer i el càncer de pulmó suggereix que l'alcohol hi té un paper molt important, especialment, a Escòcia, Irlanda i Irlanda del Nord (Quinn [et al.], 2005). Segons un estudi realitzat al nord-oest d'Anglaterra, la mortalitat per malaltia hepàtica crònica i els episodis d'hospitalització per afeccions directament atribuïbles a l'alcohol estan correlacionats amb el nivell de marginació de cada districte (Hughes [et al.], 2004).

D'altra banda, la recerca duta a terme a Finlàndia indica que les variables socioeconòmiques actuen tant a escala col·lectiva com individual. Així doncs, a les zones on hi ha més treballadors manuals, s'obté un 20% més de mortalitat directament atribuïble a l'alcohol que a les zones amb un percentatge més baix d'aquest tipus de feina, fins i tot després de tenir en compte la relació individual de la feina amb la mortalitat (Blomgren [et al.], 2004). L'atur, la urbanització i la cohesió social (que es mesura a partir de la «cohesió familiar» i la participació electoral) produeixen efectes similars, que representen, aproximadament, un 40% de la desigualtat en la mortalitat atribuïble a l'alcohol entre les diverses zones, «després de tenir en consideració totes aquestes variables a escala individual». Aquests resultats indiquen que el comportament de consum d'alcohol de les persones de l'entorn pot influir notablement el comportament de l'individu, tot i que cal seguir investigant aquest aspecte per poder-lo deslligar dels mecanismes psicosocials, les variables alimentàries i altres possibles efectes de la zona (Galea, Rudenstine i Vlahov, 2005).

També cal destacar la relació existent entre les desigualtats de salut entre gèneres i el consum d'alcohol, la qual cosa no és gens sorprenent tenint en compte les diferències de consum entre ambdós gèneres, que s'analitzen al capítol 4. Per exemple, l'any 1995, els homes de la UE15 tenien cinc vegades més probabilitats de morir per una causa directament atribuïble a l'alcohol que les dones (vegeu més amunt, i Ramstedt, 2001a). A Finlàndia, per als joves que tenien 15 anys a la dècada dels noranta, l'alcohol implica una pèrdua mitjana de dos anys de vida per als homes, però menys de mig any de vida per a les dones. Per tant, l'alcohol és el responsable d'un 22% de les diferències d'esperança de vida entre gèneres, i, a més, té un pes més rellevant que l'hàbit tabàquic en la desigualtat de mortalitat fins a l'edat de 50-55 anys (Martelin, Mäkelä i Valkonen, 2004).

Danys a tercers

Una gran part dels danys que es descriuen en aquest capítol i al capítol 5 afecten tercers, tot i que sovint es fa difícil esbrinar fins a quin punt. Al quadre 6.6 s'esmenten els àmbits principals en els quals el consum d'alcohol comporta conseqüències per a tercers. Tanmateix, no és un llistat exhaustiu, i caldrà dur a terme més estudis de recerca per quantificar les morts a causa d'accidents que no siguin produïts per la conducció sota els efectes de l'alcohol, la reducció de la producció al lloc de treball o els costos sense valorar, com la pèrdua de temps de treball de les víctimes de delictes o accidents.

Quadre 6.6: Danys a tercers a Europa

Conseqüències socials negatives	Un de cada cinc ciutadans dels països nòrdics ha patit les conseqüències dels «sorolls procedents de persones èbries», que no l'han deixat dormir a la nit, mentre que un 10% dels homes i un 20% de les dones han tingut por de persones embriagues en zones públiques.
Delinqüència	Cada any, set milions d'adults afirmen haver participat en una baralla després de consumir alcohol, i un 40% de tots els assassinats es produeixen a causa de l'alcohol.
Altres danys	Com s'aprecia al quadre 6.5, l'alcohol representa una càrrega enorme per a ◇ la feina (9.000-19.000 milions d'euros) ◇ el sistema de justícia penal (33.000 milions d'euros) ◇ les víctimes de delictes (9.000-37.000 milions d'euros pel dolor i el patiment) ◇ les famílies dels bevedors (5-9 milions de nens perjudicats), entre d'altres.
Conducció sota els efectes de l'alcohol	Segons les dades obtingudes als EUA i al Regne Unit, s'estima que gairebé 10.000 vianants, passatgers o conductors que no hagin consumit alcohol moren cada any a causa de la conducció sota els efectes de l'alcohol de tercers. ³²
Nadons	Cada any neixen 60.000 nadons amb baix pes en néixer a causa del consum d'alcohol dels pares.
Cost social total	L'any 2003, el cost total tangible de l'alcohol a Europa va ser de 125.000 milions d'euros, un import que corre a càrrec tant dels bevedors com dels abstemis.

³² Les dades oficials britàniques indiquen que les persones que condueixen sota els efectes de l'alcohol representen menys de la meitat de les víctimes que moren o pateixen ferides greus als accidents de trànsit per conducció sota els efectes de l'alcohol (Department of Transport, 2004). Als EUA s'han registrat resultats similars (Miller, Lestina i Spicer, 1998). La proporció britànica s'ha aplicat a les xifres de l'estudi Global Burden of Disease per crear una estimació a escala europea. En aquests càlculs no s'inclouen els motociclistes, els ciclistes i les morts/ferits greus sense determinar, ja que no és possible separar el «conductor sota els efectes de l'alcohol» dels altres a partir de les dades. Cal tenir present que la informació recollida al Regne Unit inclou tots els accidents de trànsit rodats en els quals està involucrat un conductor sota els efectes de l'alcohol, mentre que l'estimació de mortalitat fa referència al nombre, més reduït, de morts causades per conductors sota els efectes de l'alcohol (i no només on s'han vist involucrats conductors sota els efectes de l'alcohol).

Càrrega de danys i canvis en el consum

Fins ara, en aquest capítol s'ha estudiat la magnitud dels danys que es podrien evitar en el cas hipotètic que a Europa desaparegués l'alcohol. Tanmateix, aquest no és l'objectiu de la política de salut pública europea, que requereix més evidències sobre la manera com els problemes relacionats amb l'alcohol que afecten la societat canvien quan es produeixen canvis reals en el comportament de consum d'alcohol. Aquest factor es pot utilitzar per proporcionar informació per analitzar els tipus de polítiques en matèria d'alcohol que s'inclouen al capítol 7.

En aquest context, gran part de l'evidència obtinguda se centra en els canvis del consum d'alcohol per capita de cada país durant un determinat període. Per aquest motiu, el capítol comença amb una anàlisi breu que explica què mesura exactament el consum d'alcohol per capita, per, a continuació, passar a estudiar les evidències dels «experiments naturals», durant els quals els nivells de consum van patir un canvi dràstic. Per acabar, la part més extensa d'aquest capítol pretén analitzar la relació entre les fluctuacions dels nivells de consum i les fluctuacions dels danys al llarg del temps (anàlisis de sèries temporals).

Què mesura el *consum mitjà*?

El *consum adult mitjà* fa referència, bàsicament, a la quantitat total d'alcohol pur ingerit (calculat segons la graduació de les diferents begudes alcohòliques) dividida pel nombre d'adults d'una població. La xifra resultant sol estar relacionada amb el percentatge de població amb un consum elevat d'alcohol. Per exemple, segons l'estudi realitzat per Rose, a 32 països s'observa una correlació molt elevada entre el consum mitjà i la prevalença de consum elevat (Rose i Day, 1990). A algunes regions d'Anglaterra també s'han identificat nivells de correlació similars (vegeu la figura 6.12; Primatesta, Falaschetti i Marmot, 2002), que també s'aprecien a determinats subgrups classificats per gèneres i per edats als països nòrdics (Mäkelä [et al.], 1999, Mäkelä [et al.], 2001).

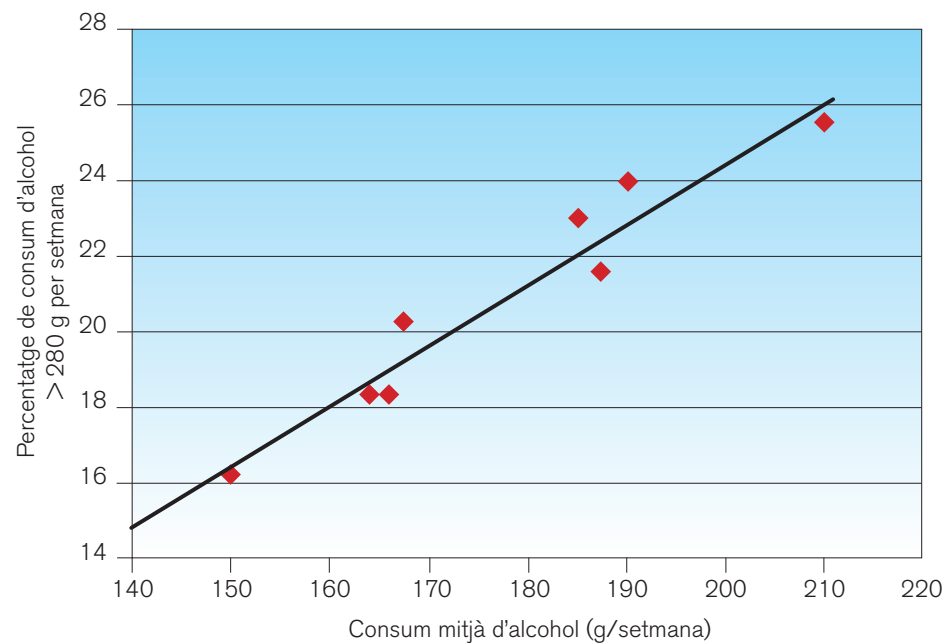


Figura 6.12: Consum d'alcohol i proporció de la població amb un consum elevat a vuit regions d'Anglaterra, 2002.
Font: Primatesta, 2002.

Tot i així, el mesurament del consum mitjà no aporta dades útils per a la legislació, sinó que, simplement, permet mesurar els nivells dels bevedors amb un consum elevat d'alcohol, que representen una part molt important de l'alcohol que es consumeix en un país. Als EUA, per exemple, el 2,5% de la població amb un nivell de consum més elevat acapara, aproximadament, una quarta part del consum total, i el 30% de la població amb un consum més elevat és el responsable de gairebé tot l'alcohol consumit (85-90%) (Greenfield i Rogers, 1999). Les xifres corresponents a Europa són lleugerament més baixes, però, tot i així, entre un terç i la meitat de tot l'alcohol consumit recau en el 10% de la població amb un consum més elevat (comparat amb un 60-70% als EUA).³³

No obstant això, també hi ha altres evidències que indiquen que els nivells de consum mitjà no només permeten mesurar el consum elevat. Si la figura 6.12 es torna a calcular per centrar les estimacions en el *consumidor mitjà*, en lloc de la *mitjana de tots els consumidors*, la relació entre el consumidor mitjà i els consumidors amb un nivell elevat té un valor més baix, tot i que igualment rellevant ($r > 0,7$) (Colhoun [et al.], 1997).³⁴ A més, segons anàlisis més exhaustives realitzades a diversos països de tot el món (inclosos Alemanya, els Països Baixos, Suïssa i el Regne Unit, dins d'Europa), s'observa una «regularitat impressionant» en la relació entre el consum mitjà i els nivells de consum dels grups situats més amunt i més avall de l'escala de consum (Skog, 1985; Lemmens, 1995).

Una de les possibles explicacions d'aquest fenomen és que les persones influeixen i reben la influència del comportament de consum d'alcohol dels qui els envolten, i, per tant, els canvis en els nivells de consum es «difonen com les ones a l'aigua» en una societat (Skog, 2001c:327). Malgrat que aquesta teoria (coneguda com la *teoria del consum col·lectiu*) ha rebut algunes crítiques a causa de les dificultats que presentaria comprovar-la pràcticament, sobretot, per la manca d'una definició explícita dels termes i mecanismes emprats (Gmel i Rehm, 2000), aquestes crítiques queden descartades quan es tenen en compte les «regularitats impressionants» esmentades més amunt, que requereixen una explicació convincent (Skog, 2001c:330).

Com a comentari final, és important observar la *diferència* entre aquesta idea i l'anterior teoria de Ledermann (Ledermann, 1956; Lemmens, 2001). La teoria del consum col·lectiu refusa la idea d'una relació matemàtica invariable i vincula els resultats constants obtinguts a diversos països a un procés social de més baix nivell (Skog, 1985). Quan els factors socials produeixen efectes diversos segons la persona, o quan aquest procés social es descompon (especialment, entre diverses divisions de grup, com divisions de gènere, classe o raça), no és sorprenent que les subpoblacions avancin en direccions diferents (Skog, 2001c:330). Per exemple, als Països Baixos s'observen tendències divergents als diversos grups d'edat (Garretsen [et al.], 1999), gènere (Neve [et al.], 1993) i altres combinacions de factors (Knibbe [et al.], 1985), tal com succeeix a Suècia, on les diferències s'aprecien clarament entre els diferents

³³ França, els Països Baixos i Dinamarca se situen al final d'aquesta classificació, i els altres països nòrdics més Suïssa ocupen les primeres posicions (Lemmens, 1991; Skog, 1991; Mäkelä [et al.], 1999; Lemmens, 2001; Salut per a tots, 2004).

³⁴ Si la quantitat d'alcohol que ingereix cada consumidor es classifica per ordre, la *mitjana* és el valor que es troba al mig de l'escala, és a dir, que hi ha el mateix nombre de bevedors per sota com per sobre de la xifra. Per tant, el 6 és la xifra mitjana de la sèrie 1, 1, 2, 6, 20, 20, 27.

nivells econòmics (Romelsjö i Lundberg, 1996). Tot i així, els canvis en el consum d'alcohol tendeixen a estendre's a tota la població, tal com mostren les «regularitats impressionants» esmentades més amunt i alguns estudis longitudinals, inclosos un estudi holandès (Neve *[et al.]*, 1993), un estudi italià,³⁵ i un estudi finlandès realitzat als anys seixanta (Mäkelä, 2002), que mostren que el consum mitjà i les xifres de consum elevat es mouen conjuntament.

Com a conclusió, els canvis que es produeixen en el *consum adult mitjà* estan més vinculats al comportament de consum dels bevedors amb un nivell de consum més elevat que al comportament dels bevedors amb un nivell de consum més baix. Tanmateix, també són un indicador de la tendència més estesa en les poblacions de modificar els nivells de consum col·lectivament. Aquest fenomen no és una regla immutable i, sovint, es poden apreciar tendències diverses entre els subgrups, tal com s'ha analitzat més detalladament al capítol 4. No obstant això, els canvis del consum mitjà solen mostrar el moviment paral·lel de tota la població de bevedors, un resultat important per interpretar els canvis en els nivells de danys, a la qual cosa es refereix el següent apartat.

Consum mitjà i nivells de danys

La relació entre els nivells de consum i els nivells dels danys per a la persona ja s'ha introduït al capítol 5, on s'esmenta que la corba de risc de mortalitat és principalment lineal durant la joventut, i adopta una forma de J o d'U a mesura que les persones es fan grans. Tot i així, quan aquestes xifres s'analitzen dins el conjunt de tota la població, els resultat que s'obtenen difereixen de les consideracions teòriques sobre les corbes de risc.³⁶ La gran quantitat d'alcohol que consumeix la fracció de la *població* amb un consum més elevat (esmentat anteriorment) també influeix els resultats esperats, ja que el nivell de consum de la població amb el risc més baix en una corba amb forma d'U serà més reduït que el nivell de consum dels *individus* (Skog, 1991). El grau de diferència variarà segons si els canvis en el consum són un reflex dels canvis en el consum elevat o en el consum baix (vegeu més amunt), i també dependrà de la corba de risc en concret, el nombre d'abstemis i la incidència de diverses malalties relacionades amb l'alcohol.

Tot i que, actualment, es desconeix quin és el nivell de consum d'alcohol de la població que comporta el nombre més baix de morts, les suposicions més raonables suggereixen que podria ser un nivell fins a *cinc vegades més baix* que el nivell individual (Skog, 1996). Als països amb un percentatge elevat de malalties cardíques coronàries, aquest nivell podria situar-se prop dels tres litres d'alcohol absolut per capita, tot i que, als països on els índexs de malaltia cardíaca coronària són menys importants, el nivell és, segurament, bastant més baix.

³⁵ Les dades obtingudes a Itàlia durant els anys noranta (càlculs dels autors d'aquest informe a partir de les dades esmentades a Scafato *[et al.]*, 2002) mostren una correlació molt elevada ($r > 0,95$) entre el consum mitjà i la proporció de bevedors amb un consum elevat de vi en la població masculina. De la mateixa manera, altres dades recollides durant el mateix període indiquen una reducció del nombre de persones que van respondre afirmativament dues o més preguntes del qüestionari CAGE entre 1997 i 2000, juntament amb un descens del consum del 5% (Osservatorio Permanente Giovani ed Alcool, 2001).

³⁶ Per exemple, una **corba de risc lineal** significa que qualsevol increment o descens del consum mitjà tindria un efecte constant, és a dir, que no dependria de si el canvi es produís en la població amb un nivell de consum d'alcohol més elevat o en els antics abstemis. En canvi, una afecció amb una **corba de risc exponencial** és més sensible als canvis experimentats pels consumidors amb un risc més elevat que els canvis dels consumidors amb els nivells de consum més baixos.

Com que a tots els països europeus el consum d'alcohol excedeix aquest nivell estimat, es calcula que qualsevol descens en el nivell de consum comportaria una reducció neta de la mortalitat (Anderson i Lopez, 1996). Hi ha dues maneres de comprovar si aquestes especulacions teòriques es poden dur a la pràctica: mitjançant experiments naturals i a través d'anàlisis de sèries temporals.

Experiments naturals

Un experiment natural que es va produir fa gairebé cent anys il·lustra la relació entre el consum d'alcohol i els danys causats per aquesta substància. Provocat per les deficiències d'aprovisionament d'aliments durant la Primera Guerra Mundial (però també incentivat per les rendes públiques i l'interès per la temprança (Eriksen, 2003)), entre 1917 i 1918, el govern danès va imposar diverses restriccions sobre les begudes alcohòliques i va augmentar els impostos de l'alcohol.

Com a resultat d'aquestes mesures, el preu dels licors es va multiplicar i el consum per capita va disminuir dràsticament: d'uns deu litres l'any 1916, fins a poc més de dos litres l'any 1918. Durant els anys següents, el consum va augmentar lleugerament, però es va mantenir per sota del llindar d'entre tres i quatre litres fins després de la Segona Guerra Mundial. Com s'observa a la figura 6.14, la caiguda del consum d'alcohol els anys 1917 i 1918 va anar acompanyada d'un descens considerable de tots els indicadors de danys. Entre 1916 i 1918, el nombre de morts per psicosis alcohòlica va disminuir un 97%, i les morts per cirrosi hepàtica van davallar un 48% (Thorsen, 1990).

A París, també es pot observar una relació similar entre el nivell de consum i els problemes relacionats amb l'alcohol durant el període comprès entre les dues guerres mundials, quan, a causa de la mancança extrema d'alcohol, la mortalitat per cirrosi va disminuir dràsticament (Ledermann, 1964). Un altre exemple més recent d'aquest fenomen és la campanya contra l'alcohol liderada per Gorbtxov entre 1985 i 1988, que va comportar un *descens* dràstic dels índexs de mortalitat, seguit per un *increment* encara més marcat dels índexs de mortalitat a causa de l'augment del consum d'alcohol del començament dels anys noranta, després de la transició socioeconòmica (Bobak *[et al.]*, 2004). Aquests canvis van afectar especialment els índexs de mortalitat per AAA (vegeu la nota de peu número 25, més amunt), però també van influir notablement els índexs d'accidents, violència, malalties cardiovasculars i altres afeccions per a les quals l'alcohol és un factor de risc (Anderson, 1998; Room, 2001). Paral·lelament, l'increment del consum d'alcohol que es va produir a Polònia durant la transició política i econòmica dels anys noranta va comportar un augment considerable del nombre de morts per malalties hepàtiques i intoxicació alcohòlica (Wojtyniak *[et al.]*, 2005).

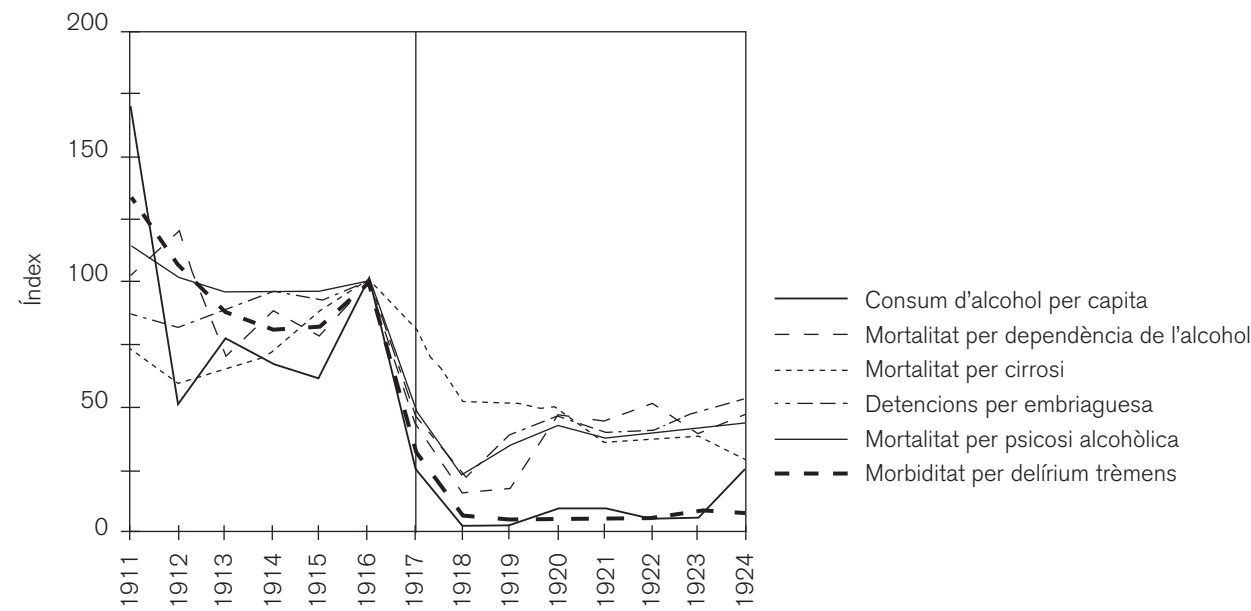


Figura 6.14: Consum d'alcohol per capita i indicadors dels problemes relacionats amb l'alcohol a Dinamarca entre 1911 i 1924. *Índex, 1916 = 100.*
Font: Thorsen, 1990.

Dades de sèries temporals

La relació entre els canvis en el consum d'alcohol de la població i la mortalitat s'ha analitzat exhaustivament a l'estudi ECAS (Norström [et al.], 2001) fent servir anàlisis de sèries temporals (model ARIMA; consulteu el quadre i vegeu Jenkins, 1976) a 14 països europeus durant el període comprès entre 1950 i 1995.³⁷ Aquesta tècnica permet analitzar la relació entre els canvis anuals del consum i dels danys, i estimar el canvi relatiu que es produeix en la mortalitat quan es modifica el consum per capita amb un litre d'alcohol pur.

Els resultats a escala nacional s'han agrupat en tres grups de països que representen tres cultures de consum d'alcohol diferents: els països amb un consum elevat (França, Itàlia, Portugal i Espanya), els països amb un consum mitjà (Àustria, Bèlgica, Dinamarca, Irlanda, els Països Baixos, el Regne Unit i Alemanya occidental)³⁸ i els països amb un consum baix (Finlàndia, Noruega i Suècia).³⁹ Aquesta agrupació permet reforçar les relacions estadístiques i fer com-

³⁷ Fora d'Europa, s'han registrat uns resultats similars al Canadà, fent servir una metodologia paral·lela (Skog, 2003; Ramstedt, 2004; Rossow, 2004; Norström, 2004; Ramstedt, a la premsa).

³⁸ En aquest cas, l'estudi ECAS només inclou informació sobre Alemanya occidental, ja que no hi ha dades suficients sobre Alemanya en conjunt.

³⁹ A l'estudi ECAS, aquests grups de països també es descriuen com a països *consumidors de vi* (consum elevat), *consumidors de cervesa* (consum mitjà) i *antics consumidors de licors* (consum baix), segons el tipus de beguda alcohòlica que s'associa tradicionalment al país (vegeu el capítol 4). Cap de les dues terminologies no és del tot satisfactòria. A Europa, tant les preferències en qüestió de begudes alcohòliques com els nivells de consum d'alcohol estan canviant, la qual cosa resta precisió a aquest tipus de classificacions (vegeu el capítol 4).

paracions transnacionals dels efectes de l'alcohol conservant les xifres individuals de cada país. Els resultats generals es resumeixen a la taula 6.3 i a la figura 6.15 es poden consultar gràficament els resultats referents a la població masculina dels països amb un consum mitjà. Les cardiopaties i la mortalitat per qualsevol causa s'analitzen amb detall més endavant, a causa de la complexitat que representa transformar el riscs individuals en riscs per a la societat en conjunt.

Com s'aprecia a la taula 6.3, un canvi d'un litre d'alcohol en el consum incideix més en els percentatges de gairebé totes les afeccions i del total de mortalitat als països amb un consum baix (és a dir, els països del nord d'Europa) que a la resta de països. Alguns experts afirmen que aquests resultats són deguts als patrons de consum «explosiu» dels països d'Europa del nord (per exemple, Rossow, 2001). No obstant això, aquest impacte més rellevant podria ser el reflex del pes proporcionalment superior que representa un canvi d'un litre d'alcohol en aquests països, on el nivell de consum és més reduït (com s'explica amb més detall a l'apartat sobre delinqüència, més amunt; la influència total de l'alcohol per a aquests danys s'analitza a la meitat d'aquest capítol).

Taula 6.3: Modificació dels índexs de mortalitat (%) amb un increment d'un litre d'alcohol en el consum. *Els canvis són per capita i es calculen per separat per als països europeus amb un consum baix, mitjà i elevat, i per als homes (H) i les dones (D).*

Font: Norström [et al.], 2001. **Claui:** * = significatiu al nivell d'un 5%.

Grup de països (consum d'alcohol)	Baix		Mitjà		Elevat	
	H	D	H	D	H	D
Cirrosi	32*	17*	9*	5*	10*	11*
Dependència, psicosi i intoxicació alcohòliques	35*	75*	18*	27*	3	1
Accidents	9*	10*	3*	3*	2*	2*
Suïcidi	9*	12*	0	3*	0	1
Homicidi	18*	8	11*	7*	7*	2
Cardiopatia isquèmica	-1	1	1	2*	1	0
Mortalitat total	3*		1*		1*	

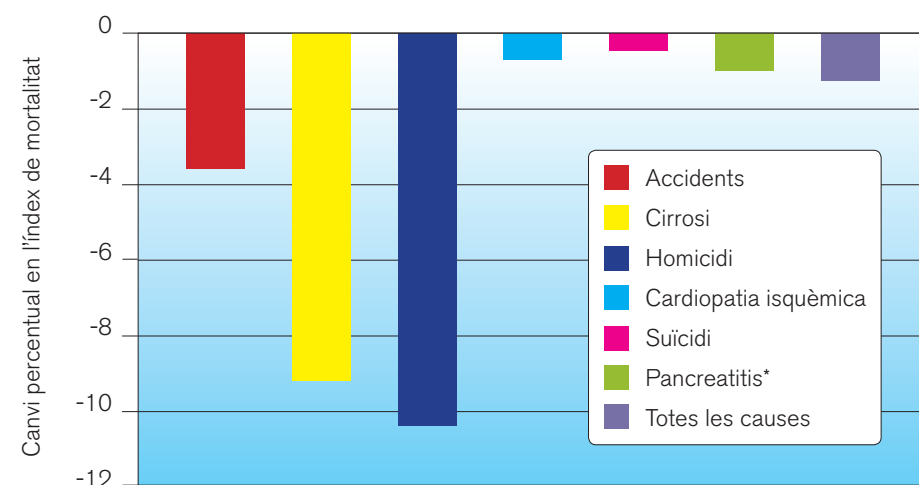


Figura 6.15: Reducció percentual de l'índex de mortalitat masculina quan el consum d'alcohol per capita disminueix un litre per any. *Països europeus amb un consum mitjà.*

Font: Norström [et al.], 2001. **Clau:** * Inclou la població masculina i la femenina.

Independentment d'aquesta anàlisi, moltes d'aquestes relacions s'observen a més d'una de les regions europees de l'estudi ECAS. Per exemple, als països amb un consum mitjà i elevat es registren relacions positives significatives entre el consum i els danys a, com a mínim, un dels gèneres amb relació a la cirrosi, els accidents i l'homicidi, mentre que als països amb un consum mitjà també mostren certa influència, com a mínim, per a un dels gèneres, de la mortalitat, el suïcidi i les cardiopaties directament atribuïbles a l'alcohol (les cardiopaties s'analitzaran amb més profunditat més endavant). Quan aquestes relacions s'estudien amb més detall, s'observa que l'impacte més elevat en la mortalitat per accidents que s'identifica als països del nord d'Europa es deu a les caigudes accidentals i «altres accidents», mentre que, als països amb un consum elevat i mitjà, la influència és més rellevant en el cas de la mortalitat per accidents de trànsit (Skog, 2001a).

D'un total de 14 països individuals analitzats, tenint en compte només la població masculina, s'ha identificat una relació significativa amb la cirrosi a tots 14 països, amb els accidents, a 9, amb la mortalitat, a 8, amb altres malalties relacionades amb l'alcohol, a 7 (sobretot la dependència de l'alcohol, les psicosis alcohòliques i la intoxicació alcohòlica) i amb l'homicidi, a 6 (Rossow, 2001; Norström [et al.], 2001; Skog, 2001b; Ramstedt, 2001b; Ramstedt, 2001c). Els resultats sobre la mortalitat per pancreatitis no s'inclouen a la taula 6.3, tot i que, a la majoria de països d'Europa occidental, també s'observa una relació notable (a la població masculina i femenina en conjunt) d'entre un 5% i un 15% per litre, que encara és més rellevant al nord d'Europa, amb un efecte estimat del 30% a Suècia i del 50% a Noruega (Norström [et al.], 2001).

Malgrat que, en general, hi ha menys països on els resultats de la població femenina siguin significatius, s'observa una relació significativa amb la cirrosi i els accidents a 9 països, amb altres malalties relacionades amb l'alcohol, a 7 països, i amb l'homicidi, només a 1 país (Suècia). La poca sensibilitat d'aquest mètode envers els indicadors de danys per a la població femenina no és sorprenent, ja que el consum d'alcohol per capita és un reflex més evident dels consumidors amb un nivell elevat que dels altres subgrups (vegeu més amunt), i, a més, el nivell de consum d'alcohol de les dones és inferior al dels homes (vegeu el capítol 4).

Anàlisis de sèries temporals fora de l'àmbit de l'estudi ECAS

En general, els altres estudis europeus de sèries temporals, que sovint inclouen grups més petits de països o períodes temporals diferents, confirmen els resultats de l'estudi ECAS. Per exemple, en un estudi realitzat a 25 països europeus (Her i Rehm, 1998) que engloba un període de temps més recent (1982-1990), s'observa una relació significativa i positiva entre l'alcohol i la mortalitat d'una magnitud aproximada equivalent a la registrada a l'estudi ECAS. A més, la constatació d'un efecte significatiu de l'alcohol per litre més important als països del nord que als països del sud d'Europa s'ha reproduït a l'estudi de Gmel [et al.], fent servir les mateixes dades de l'ECAS (Gmel, Rehm i Frick, 2001).

De la mateixa manera, s'ha observat que l'efecte amb relació als suïcidis és més important a Suècia (13% per litre) que a França (3% per litre) (Norström, 1995) o Portugal (Skog [et al.] 1995), i no s'ha identificat cap efecte a Suïssa (Gmel, Rehm i Ghazinouri, 1998). Aparentment, a la majoria de casos, el consum de licors està més relacionat amb el suïcidi. De fet, a Suècia, només el consum de licors presenta una relació significativa amb el suïcidi, mentre que, a Noruega, tant el consum de cervesa com el de licors té un efecte significatiu (Norström i Rossow, 1999). Dels pocs estudis que s'han centrat exclusivament en la intoxicació alcohòlica, no n'hi ha cap on s'apreciï una relació positiva significativa amb el consum general, tot i que, en un d'ells (fent servir dades trimestrals de Finlàndia de 1983 a 1999) s'ha identificat una relació amb el consum de licors (Poikolainen, Leppanen i Vuori, 2002).

Malgrat que la majoria d'aquestes anàlisis es realitzen amb dades sobre la mortalitat, hi ha un estudi que ha analitzat el vincle entre el consum i els canvis en la morbidity, fent servir dades trimestrals del comptat d'Estocolm (Suècia) de 1980 a 1994. Segons aquest estudi, la morbiditat per cirrosi respon als canvis en el consum de la població sueca, tot i que amb un índex d'altres malalties relacionades amb l'alcohol (dependència de l'alcohol, psicosis alcohòliques i intoxicacions alcohòliques) no s'identifica cap relació (Leifman i Romelsjö, 1997). Els autors d'aquest informe suggereixen que el consum d'alcohol de la població podria ser menys rellevant per a determinades diagnosis relatives a l'alcohol, que s'observen, majoritàriament, en les persones socialment més marginades i amb un grau de dependència de l'alcohol més greu.

Cardiopaties i patrons de consum d'alcohol

A la majoria d'anàlisis de sèries temporals no es té en compte l'efecte independent dels patrons de consum d'alcohol, que han demostrat influir en els resultats sanitaris i socials (vegeu més amunt i consulteu el capítol 5). Una manera d'incloure aquest efecte és intentar combinar el consum mitjà i els patrons de consum amb els mètodes existents, duent a terme anàlisis de sèries temporals a nivells diferents segons el patró de consum d'alcohol (vegeu el quadre 6.4 i Rehm [et al.], 2004). Com s'explica més detalladament al capítol 4, cal recordar que aquesta mesura única de patró de consum presenta complicacions metodològiques rellevants. No obstant això, segons l'anàlisi amb nivells múltiples, el valor de patró permet pronosticar els resultats: els nivells de consum generals estan relacionats significativament amb la mortalitat produïda per lesions en ambdós gèneres i amb tots els patrons de consum, però l'impacte d'un consum més elevat és considerablement superior als països amb patrons de consum d'alcohol més perjudicials.

Els resultats més ambivalents són els que s'obtenen quan s'analitzen les cardiopaties. Segons l'estudi ECAS, no hi ha *cap relació* entre el consum per capita i la mortalitat per *cardiopatia isquèmica* a cap regió d'Europa (Hemström, 2001).⁴⁰ En canvi, l'estudi Global Burden of Disease, elaborat a partir dels diversos patrons de consum d'alcohol, indica que l'alcohol té un efecte negatiu en la mortalitat a tot el món, fins al punt que una *reducció* d'un litre d'alcohol en el consum per capita produiria un *descens* del 3% de les morts per cardiopatia isquèmica en la població masculina, tot i que no tindria cap efecte per a la població femenina. No obstant això, aquests resultats varien segons els patrons de consum d'alcohol. Per exemple, als països amb els patrons de consum menys perjudicials (com França i Itàlia), la reducció del consum d'alcohol s'associa amb un *augment* de la mortalitat, tot i que només aproximadament la meitat de l'increment que s'obtindria si els resultats dels estudis a escala individual s'extrapoleessin linealment. L'efecte general negatiu a tot el món es deu als països amb un patró més perjudicial de consum d'alcohol (per exemple, els països d'Europa del nord i de l'est), on s'aprecien relacions positives entre les tendències del consum global i la mortalitat per cardiopatia isquèmica.

Així doncs, aquests dos estudis proporcionen estimacions diverses quan s'analitza si un augment del consum d'alcohol exerciria un efecte protector per a la mortalitat a causa de cardiopaties isquèmiques als països amb uns patrons de consum d'alcohol menys perjudicials. No obstant això, les investigacions realitzades fins ara coincideixen en dos punts importants:

- 1 Als països d'Europa de l'Est, la mortalitat per cardiopatia isquèmica augmenta quan incrementa el consum d'alcohol.
- 2 Fins i tot als països amb patrons de consum menys perjudicials, l'efecte cardioprotector de l'alcohol és molt menys important per a la població que per a l'individu (i, fins i tot, podria ser inexistent) (Norström *et al.*, 2001).

Conclusió

En aquest capítol s'ha presentat el panorama més complet que es pot elaborar actualment dels danys que comporta l'alcohol per a Europa. Queda patent que els problemes relacionats amb l'alcohol engloben un gran nombre d'àmbits, des dels problemes familiars fins a l'absentisme laboral o la pèrdua de vida, i no és possible calibrar la rellevància d'aquests danys centrant-nos, només, en una sola esfera. Proporcionalment, els joves suporten una part més important de la càrrega de la majoria d'aquests danys que la resta de grups d'edat, especialment, pel que fa a la pèrdua de vida a causa de l'alcohol, que representa una quarta part de totes les morts en la població jove de gènere masculí. Tot i que hi ha diversos estudis que analitzen l'efecte de l'alcohol per retardar la mort, cal interpretar els resultats amb molta prudència. A causa de diversos problemes metodològics, segurament, la magnitud de la

⁴⁰ A un país fora d'Europa (Canadà), s'ha identificat una relació positiva entre el consum d'alcohol per capita i la mortalitat masculina per cardiopatia isquèmica, tot i que, en el cas de la mortalitat femenina per la mateixa causa, no s'observa cap relació significativa (Ramstedt, a la premsa).

xifra de morts retardades està sobrevalorada i, fins i tot si no es tenen en compte aquests problemes, l'alcohol només proporciona un benefici net per a les persones de 70 anys o més. A més, cal recordar que una part important de la càrrega de l'alcohol recau sobre tercers, que pateixen les conseqüències dels danys en diversos àmbits de la vida humana, com la delinqüència, la salut i els «costos intangibles». L'alcohol també influeix notablement en les desigualtats socials, tant entre països com en l'àmbit nacional. Finalment, l'evidència obtinguda amb la recerca mostra clarament que aquests nivells de danys són sensibles als canvis en el nivell de consum de la població. Aquest aspecte representa un punt de partida molt útil a l'hora d'avaluar les polítiques més efectives per reduir la càrrega de l'alcohol, que és el tema del capítol següent.

Bibliografia

Alcohol Policy Network (2005). Country profile updates. <http://www.eurocare.org/btg/countryreports/index.html>

Anderson, P. i Lopez, A. D. (1996). Alcohol and Health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Baker, A. i Rooney, C. (2003). "Recent Trends in Alcohol-Related Mortality, and the Impact of ICD-10 on the Monitoring of These Deaths in England and Wales." *Health Statistics Quarterly*, 17: 5-14.

Baltic Data House (2001). Economic research about the influence of taxes imposed on alcohol and influence of price policy on alcohol consumption; research about accidents caused by alcohol intoxication. Riga, LV: Market and Social Research Group, Baltic Data House, Baltic Institute of Social Sciences.

Blomgren, J., Martikainen, P., Mäkelä, Pia. i Valkonen, T. (2004). "The Effects of Regional Characteristics on Alcohol-Related Mortality—a Register-Based Multilevel Analysis of 1.1 Million Men." *Social Science and Medicine*, 58: 2523-35.

Bobak, M., Room, R., Pikhart, H., Kubinova, R., Malyutina, S., Pajak, A., Kurilovitch, S., Topor, R., Nikitin, Y. i Marmot, M. (2004). "Contributions of Drinking Patterns to Differences in Rates of Alcohol Related Problems Between Three Urban Populations." *Journal Of Epidemiology and Community Health*, 58: 238-42. <http://jech.bmjournals.com/cgi/content/full/58/3/238>

Box, G. E. P. i Jenkins, G. M. (1976). *Time Series Analysis: Forecasting and Control*, 2nd Ed., San Francisco: Holden Day.

Britton, A. i McPherson, K. (2001). "Mortality in England and Wales Attributable to Current Alcohol Consumption." *Journal Of Epidemiology and Community Health*, 55: 383-88. <http://jech.bmjournals.com/cgi/content/abstract/55/6/383>

Bühringer, G., Augustin, R., Bergmann, E., Bloomfield, K., Funk, W., Burckhard, J., Kraus, L., Merfert-Diete, C., Rumpf, H.-R., Simon, R. i Toppich, R. (2002). *Alcohol Consumption and Alcohol-Related Problems in Germany*. translated from 2000 German edition, Seattle / Toronto / Bern / Gottingen: Hogrefe & Huber Publishers.

Callingham, M. (2002). National Association for the Children of Alcoholics (NACOA) survey: initial findings. http://www.nacoa.org.uk/pdf/Summary_of_Callingham_research.pdf

Carthy, T., Chilton, S., Covey, J., Hopkins, L., Jones-Lee, M., Loomes, G., Pidgeon, N. i Spencer, A. (1999). "On the Contingent Valuation of Safety and the Safety of Contingent Valuation: Part 2-The CV/SG "Chained" Approach." *Journal of Risk and Uncertainty*, 17(3): 187-213.

Colhoun, H., Ben-Shlomo, Y., Dong, W., Bost, L. i Marmot, M. (1997). "Ecological Analysis of Collectivity of Alcohol Consumption in England: Importance of Average Drinker." *British Medical Journal*, 314: 1164. <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/314/7088/1164>

Collins, D. i Lapsley, H. (2002). Counting the cost: estimates of the social costs of drug abuse in Australia in 1998-9. Canberra: Australian Government Printing Service [http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/health-pubhlth-publicat-mono.htm/\\$FILE/mono49.pdf](http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/health-pubhlth-publicat-mono.htm/$FILE/mono49.pdf)

Connor, J., Broad, J., Jackson, R., Vander Hoorn, S. i Rehm, J. (2005). The burden of death, disease and disability due to alcohol in New Zealand. ALAC Occasional Publication No. 23. Wellington, New Zealand: ALAC. <http://www.alac.org.nz/InpowerFiles/Publications/CategorisedDocument.Document2.3097.7a0b0776-972a-4969-ac6a-8da98f326f93.pdf>

Dalstra, J. A. A., Kunst, A. E., Borrell, C., Breeze, E., Cambois, E., Costa, G., Geurts, J. J. M., Lahelma, E., Van Oyen, H., Rasmussen, N. K., Regidor, E., Spadea, T. i Mackenbach, J. P. (2004). "Socioeconomic Differences in the Prevalence of Common Chronic Diseases: an Overview of Eight European Countries." *International Journal of Epidemiology*, 34(2): 316-26.

Dawson, D. i Room, R. (2000). "Towards Agreement on Ways to Measure and Report Drinking Patterns and Alcohol-Related Problems in Adult General Population Surveys: the Skarpö Conference Overview." *Journal of Substance Abuse*, 12: 1-21.

Department for Transport (2004). Road casualties: Great Britain 2003. London: The Stationery Office.

Dubourg, R., Hamed, J. i Thorns, J. (2005). Estimating the cost of the impacts of violent crime on victims. Section 3 in "The economic and social costs of crime against individuals and households 2003/04", Home Office online report 30/05. <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/rdsolr3005.pdf>

Eichler, H. G., Kong, S. X., Gerth, W. C., Mavros, P. i Jönsson, B. (2004). "Use of Cost-Effectiveness Analysis in Healthcare Resource Allocation Decision-Making: How Are Cost-Effectiveness Thresholds Expected to Emerge?" *Value in Health*, 7(5): 518-28.

Emberson, J. R., Shaper, A. G., Wannamethee, S. G., Morris, R. W. i Whincup, P. H. (2005). "Alcohol Intake in Middle Age and Risk of Cardiovascular Disease and Mortality: Accounting for Intake Variation Over Time." *American Journal of Epidemiology*, 161(9).

English, D. R., Holman, C. D. J., Milne, E., Winter, M. J., Hulse, G. K. i col. (1995). The quantification of drug-caused morbidity and mortality in Australia 1995. Canberra: Commonwealth Department of Human Services and Health.

Eriksen, S. (2003). "Denmark." *Alcohol and Temperance in Modern History*, Edited by Blocker, J. S., Fahey, D. M. and Tyrrell, I. R.. Oxford, England: ABC Clio.

Eurobaròmetre (1999). Europeans and their views on domestic violence against women. Eurobarometer 51.0. By INRA (Europe) for DG X of the Commission. http://ec.europa.eu/comm/public_opinion/index_en.htm

European Transport Safety Council (2003). Cost-effective EU transport safety measures.

Galea, S., Rudenstine, S. i Vlahov, D. (2005). "Drug Use, Misuse, and the Urban Environment." *Drug and Alcohol Review*, 24(2): 127-36.

Garretsen, H. F. L., Bongers, I. M. B., van Oers, J. A. M. i van de Goor, L. A. M. (1999). "The Development of Alcohol Consumption and Problem Drinking in Rotterdam 1980-1994: More Problem Drinking Amongst the Young and Middle Aged." *Alcohol and Alcoholism*, 34(5): 733-40.

Gmel, G. i Rehm, J. (2000). "The Empirical Testability of Skog's Theory of Collective Drinking Behaviour." *Drug and Alcohol Review*, 19(4): 391-99.

Gmel, G., Rehm, J. i Frick, U. (2001). "Methodological Approaches to Conducting Pooled Cross-Sectional Time Series Analysis: the Example of the Association Between All-Cause Mortality and Per Capita Alcohol Consumption for Men in 15 European States." *European Addiction Research*, 7(3): 128-37.

Gmel, G., Rehm, J. i Ghazinouri, A. (1998). "Alcohol and Suicide in Switzerland – an Aggregate-Level Analysis." *Drug and Alcohol Review*, 17: 27-37.

Gmel, G., Rehm, J., Room, R. i Greenfield, T. K. (2000). "Dimensions of Alcohol-Related Social and Health Consequences in Survey Research." *Journal of Substance Abuse*, 12: 113-38.

Goldacre, M. J., Duncan, M., Griffith, M. i Cook-Mozaffari, P. (2004). "Alcohol As a Certified Cause of Death in a 'Middle England' Population 1979-1999: Database Study." *Journal of Public Health*, 26(4): 343-46.

Greenfield, T. K. i Rogers, J. D. (1999). "Who Drinks Most of the Alcohol in the U.S.? The Policy Implications." *Journal of Studies on Alcohol*, 60: 78-89.

Hemström, Ö. (2001). "Per Capita Alcohol Consumption and Ischaemic Heart Disease Mortality." *Addiction*, 80: 83-99.

Her, M. i Rehm, J. (1998). "Alcohol and All-Cause Mortality in Europe 1982-1990: a Pooled Cross-Section Time-Series Analysis." *Addiction*, 93(9): 1335-40.

Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Ahlström, S., Balakireva, O., Kokkevi, A. i Morgan, M. (2004). The ESPAD Report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European countries. Stockholm, Sweden: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and The Pompidou Group at the Council of Europe. www.espad.org

Hughes, K., Tocque, K., Humphrey, G. i Bellis, M. A. (2004). Taking measures: a situational analysis of alcohol in the North West. Liverpool: UK: Public Health North West Alcohol Strategy Group, at the Centre for Public Health, Faculty of Health and Applied Social Sciences, Liverpool John Moores University. http://www.cph.org.uk/cph_pubs/reports/CH/Taking_Measures.pdf

IBEC (2004). Workplace absence survey 2004. Dublin: IBEC. <http://www.ibec.ie>

Jeanrenaud, C. i Pellegrini, S. (2004). "Valuing Intangible Costs of Substance Abuse in Monetary Terms." Poster displayed at the 4th iHEA World Congress, San Francisco, June 2003 [conference proceeding] <http://www.unine.ch/irer/alcool.html>

Jeanrenaud, C., Priez, F., Pellegrini, S., Chevrou-Severac, H. i Vitale, S. (2003). Le coût social de l'abus d'alcool en Suisse [The social costs of alcohol in Switzerland]. Neuchâtel, Switzerland: Institut de recherches économiques et régionales, Université de Neuchâtel.

Jones, S., Casswell, S. i Zhang, J.-F. (1995). "The Economic Costs of Alcohol-Related Absenteeism and Reduced Productivity Among the Working Population of New Zealand." *Addiction*, 90(11): 1455-61.

Killias, M., Barcaly, G., Smit, P., Fernando Asbi, M., Tavares, C., Aubusson de Cavarlay, B., Jehle, J.-M., von Hofer, H., Gruszczyńska, B., Hysi, V. i Aromaa, K. (2003). *European Sourcebook of Crime and Criminal Justice Statistics* (second edition).

Klingemann, H. i Gmel, G. (2001). *Alcohol and Its Social Consequences - the Forgotten Dimension*, Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic Publishers on behalf of WHO-EURO.

Knibbe, R., Drop, M. J., van Reek, J. i Saenger, G. (1985). "The Development of Alcohol Consumption in the Netherlands: 1958-1981." *British Journal of Addiction*, 80: 411-19.

KPMG (2001). *Excessive alcohol consumption in the Netherlands: trends and social costs*. Hoofddorp: KPMG Economic Consulting. www.kpmg.nl/bea

Kunst, A. E., Groenhouf, F., Mackenbach, J. P. i EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health (1998). "Occupational Class and Cause Specific Mortality in Middle Aged Men in 11 European Countries: Comparison of Population Based Studies." *British Medical Journal*, 316: 1636-42.

Law, M. R. i Whincup, P. H. (1998). "Why Is Mortality Higher in Poorer Areas and in More Northern Areas of England and Wales?" *Journal Of Epidemiology and Community Health*, 52: 344-52.

Ledermann, S. (1956). *Alcool, Alcoolisme, Alcoolisation*, Paris: Presses Universitaires de France.

Leifman, H. i Romelsjö, A. (1997). "The Effect of Changes in Alcohol Consumption on Mortality and Admissions With Alcohol Related Diagnoses in Stockholm County - a Time Series Analysis." *Addiction*, 92: 1523-36.

Lemmens, P. (1991). *(Measurement and Distribution of Alcohol Consumption (Dissertation))*. Maastricht: University of Limburg.

Lemmens, P. (1995). "Individual Risk and Population Distribution of Consumption." Pp.38-61 in *Alcohol and public policy: evidence and issues*, Edited by Holder, H. D. i Edwards, G.. Oxford: Oxford University Press.

Lemmens, P. (2001). "Relationship of Alcohol Consumption and Alcohol Problems at the Population Level." Pp.395-411 in *International handbook of alcohol dependence and problems*, Edited by Heather, N., Peters, T. J. i Stockwell, T..

Lenke, L. (1990). *Alcohol and criminal violence: time series analyses in a comparative perspective*. Stockholm, Sweden: Almqvist & Wiksell International.

Leontaridi, R. (2003). *Alcohol misuse: How much does it cost?* London: Cabinet Office. <http://www.number10.gov.uk/files/pdf/econ.pdf>

Ljung, R., Peterson, S., Hallqvist, J., Heimerson, I. i Diderichsen, F. (2005). "Socioeconomic Differentials in the Burden of Disease in Sweden." *Bulletin of the World Health Organization*, 83: 92-99.

MacDonald, S., Cherpitel, C., Borges, G., DeSouza, A., Giesbrecht, N. i Stockwell, T. (2005). "The Criteria for Causation of Alcohol in Violent Injuries Based on Emergency Room Data From Six Countries." *Addictive Behaviors*, 30(1): 103-13.

Mackenbach, J. P., Cavelaars, A. E. J. M., Kunst, A. E., Groenhouf, F. i EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health (2000). "Socioeconomic Inequalities in Cardiovascular Disease Mortality: An International Study." *European Heart Journal*, 21: 1141-51.

Martelin, T., Mäkelä, Pia. i Valkonen, T. (2004). "Contribution of Deaths Related to Alcohol or Smoking to the Gender Difference in Life Expectancy: Finland in the Early 1990s." *European Journal of Public Health*, 14: 422-27.

Matthews, S. i Richardson, A. (2005). *Findings from the 2003 Offending, Crime and Justice Survey: alcohol-related crime and disorder*. Home Office. <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pubintro1.html>

Mäkelä, Pia. (2002). "Whose Drinking Does a Liberalization of Alcohol Policy Increase? Change in Alcohol Consumption by the Initial Level in the Swedish Panel Survey in 1968 and 1969." *Addiction*, 97: 701-6.

Mäkelä, Pia., Fonager, K., Hibell, B., Nordlund, S., Sabroe, S. i Simpura, J. (1999). *Drinking habits in the Nordic countries*. Oslo: National Institute for Alcohol and Drug Research.

Mäkelä, Pia., Fonager, K., Hibell, B., Nordlund, S., Sabroe, S. i Simpura, J. (2001). "Episodic Heavy Drinking in Four Nordic Countries: a Comparative Survey Study." *Addiction*, 96: 1575-89.

McKee, M., Adany, R., i MacLehose, L. (2004). "Health Status and Trends in Candidate Countries." *Health policy and European Union enlargement*, Edited by M. McKee, L. MacLehose, and E. Nolte. Open University Press.

McNeill, A. (1998). *Alcohol problems in the family. A report to the European Union*, published by Eurocare and COFACE (Confederation of Family Organisations in the EU).

McPherson, K. (2004). "Disaggregating the Health Consequences of Alcohol by Age and Sex [Editorial]." *Addiction*, 99: 661-62.

Miller, T. R., Lestina, D. C. i Spicer, R. S. (1998). "Crash Costs in the United States by Age, Blood Alcohol Level, Victim Age, and Restraint Use." *Accident Analysis and Prevention*, 30(2): 137-50.

Morris, R. W., Whincup, P. H., Lampe, F. C., Walker, M., Wannamethee, S. G. i Shaper, A. G. (2001). "Geographic Variation in Incidence of Coronary Heart Disease in Britain: the Contribution of Established Risk Factors." *Heart*, 86: 277-83.

Møller, H. i Tønneson, H. (1997). "Alcohol Drinking, Social Class and Cancer." Pp.251-63 in Social inequalities and cancer, Edited by Kogevinas, M., Pearce, N., Susser, M. i Boffetta, P. Lyon: International Agency for Research on Cancer.

Murdoch, D., Pihl, R. O. i Ross, D. (1990). "Alcohol and Crimes of Violence: Present Issues." The International Journal of the Addictions, 25(9): 1065-81.

Neve, R., Diederiks, J. P., Knibbe, R. i Drop, M. J. (1993). "Developments in Drinking Behavior in The Netherlands From 1958 to 1989, a Cohort Analysis." Addiction, 88: 611-21.

Norström, T. (1995). "Alcohol and Suicide: a Comparative Analysis of France and Sweden." Addiction, 90: 1463-69.

Norström, T. (2004). "Per Capita Alcohol Consumption and All-Cause Mortality in Canada, 1950-98." Addiction, 99(10): 1274-78.

Norström, T., Hemström, Ö., Ramstedt, M., Rossow, I. i Skog, O.-J. (2001). "Mortality and Population Drinking." Alcohol in postwar Europe: Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries, Edited by Norström, T., Stockholm: National Institute of Public Health, European Commission.

Norström, T. i Rossow, I. (1999). "Beverage Specific Effects on Suicide." Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift (Nordic Studies on Alcohol and Drugs), 16: 74-82.

OMS (2004). Global status report on alcohol 2004. Geneva: Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization.

OMS i Comissió Europea (2002). Health status overview for countries of Central and Eastern Europe that are candidates for accession to the European Union. www.euro.who.int/Document/E76888.pdf.

Osservatorio Permanente Giovani ed Alcool (2001). Italians and alcohol: consumption, trend and attitudes in Italy and in the regions (IV National DOXA National Survey). http://ec.europa.eu/comm/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/ev_20050120_co021_en.pdf

Pernanen, K., Brochu, S., Cousineau, M.-M., Cournoyer, L.-G., i Sun, F. (2000). Attributable fractions for alcohol and illicit drugs in relation to crime in Canada: conceptualization, methods and internal consistency of estimates. Bulletin on Narcotics. Vienna: United Nations International Drug Control Programme

Pernanen, K., Cousineau, M.-M., Brochu, S. i Sun, F. (2002). Proportion of crimes associated with alcohol and other drugs in Canada. Canadian Centre for Substance Abuse.

Poikolainen, K., Leppanen, K. i Vuori, E. (2002). "Alcohol Sales and Fatal Alcohol Poisonings: A Time-Series Analysis." Addiction, 97(8): 1037-40.

Primatesta, P., Falaschetti, E. i Marmot, M. (2002). Average alcohol consumption and patterns of drinking [unpublished].

Quinn, M., Wood, H., Cooper, N. i Rowan, S. (2005). Cancer Atlas of the United Kingdom and Ireland 1991-2000. Studies on Medical and Population Subjects No. 68. Palgrave Macmillan, with the permission of Her Majesty's Stationery Office. <http://www.statistics.gov.uk/statbase/Product.asp?vlnk=14059>

Raftery, J. (2001). "NICE: Faster Access to Modern Treatments? Analysis of Guidance on Health Technologies." British Medical Journal, 323: 1300-1303.

Ramstedt, M. (1999). "Liver Cirrhosis Mortality in 15 European Countries." Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift (Nordic Studies on Alcohol and Drugs), 16(English Supplement): 55-73.

Ramstedt, M. (2001a). "Alcohol-Related Mortality in 15 European Countries in the Postwar Period." Alcohol in postwar Europe: Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries, Edited by Norström, T.. Stockholm: National Institute of Public Health, European Commission.

Ramstedt, M. (2001b). "Alcohol and Suicide in 14 European Countries." Addiction, 96(Supplement 1): S59-S75.

Ramstedt, M. (2001c). "Per Capita Alcohol Consumption and Liver Cirrhosis Mortality in 14 European Countries." Addiction, 96(Supplement 1): S19-S34.

Ramstedt, M. (2002). "Alcohol-Related Mortality in 15 European Countries in the Postwar Period." European Journal of Population, 81: 307-23.

Ramstedt, M. (2004). "Alcohol Consumption and Alcohol-Related Mortality in Canada - a Regional Analysis of the Period 1950-2000." Canadian Journal of Public Health, 95: 121-26.

Ramstedt, M. (en premsa). "Alcohol and suicide at the population level - the Canadian experience". Drug and Alcohol Review.

Ramstedt, M. i Hope, A. (2003). The Irish drinking habits of 2002: Drinking and drinking-related harm, a European comparison. Dublin: Department of Health and Children.

reed.co.uk (2004). 24-hr drinking will be bad for business, say UK workers. <http://www.reed.co.uk/research.aspx>

Rehm, J. (2005). "Volume of Alcohol Consumption, Patterns of Drinking and Burden of Disease in the European Region - Implications for Alcohol Policy." 10th meeting of national counterparts for alcohol policy in the WHO European Region, Stockholm 13-15 April 2005 [conference proceeding]

Rehm, J. i Gmel, G. (2001). "Aggregate Time-Series Regression in the Field of Alcohol." Addiction, 96: 945-54.

Rehm, J. i Gmel, G. (2002). "Average Volume of Alcohol Consumption, Patterns of Drinking and Mortality Among Young Europeans in 1999." Addiction, 97: 105-9.

Rehm, J., Rehn, N., Room, R., Monteiro, M., Gmel, G., Jernigan, D. i Frick, U. (2003a). "Global Distribution of Average Volume of Alcohol Consumption and Patterns of Drinking." European Addiction Research, 9(4): 147-56.

Rehm, J., Room, R., Graham, K., Monteiro, M., Gmel, G. i Sempes, C. T. (2003b). "The Relationship of Average Volume of Alcohol Consumption and Patterns of Drinking to Burden of Disease: an Overview." Addiction, 98(9): 1209-28.

Rehm, J., Room, R., Monteiro, M., Gmel, G., Graham, K., Rehn, N., Sempos, C. T., Frick, U. i Jernigan, D. (2004). "Alcohol." Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease due to selected major risk factors, Edited by Ezzati, M., Lopez, A. D., Rodgers, A. and Murray, C. J. L.. Geneva: WHO.

Rehn, N., Room, R. i Edwards, G. (2001). Alcohol in the European Region - Consumption, Harm and Policies, Copenhagen: WHO Europe.

Ridolfo, B. i Stevenson, C. (2001). The quantification of drug-caused mortality and morbidity in Australia 1998. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare.

Robinson, W. S. (1950). "Ecological Correlations and the Behavior of Individuals." American Sociological Review, 15: 351-57.

Romelsjö, A. i Lundberg, M. (1996). "The Changes in the Social Class Distribution of Moderate and High Alcohol Consumption and of Alcohol-Related Disabilities Over Time in Stockholm County and in Sweden." Addiction, 91(9): 1307-23.

Room, R. (2000). "Concepts and Items in Measuring Social Harm From Drinking." Journal of Substance Abuse, 12: 93-111.

Room, R. i Bullock, S. (2002). "Can Alcohol Expectancies and Attributions Explain Western Europe's North-South Gradient in Alcohol's Role in Violence?" Contemporary Drug Problems, 69(3): 619-48.

Room, R. i Hradilova Selin, K. (2004). "Alkoholproblem: Definitioner, Metoder, Data [Alcohol Problems: Definitions, Methods, Data; English Version]." Pp.57-74 in Svenska drykesvanor och deras konsekvenser i början av det nya milleniet (Swedish drinking habits and their consequences at the beginning of the new millenium), Edited by Hradilova Selin, K.. Stockholm: SoRAD.

Room, R. i Rossow, I. (2001). "The Share of Violence Attributable to Drinking." Journal of Substance Use, 6: 218-28.

Rose, G. i Day, S. (1990). "The Mean Population Predicts the Number of Deviant Individuals." British Medical Journal, 301: 1031-34.

Rossow, I. (2001). "Drinking and Violence: a Cross-Cultural Comparison of the Relationship Between Alcohol Consumption and Homicide in 14 European Countries." Addiction, 96(S1): S77-S92.

Rossow, I. (2004). "Alcohol and Homicide in Canada." Contemporary Drug Problems, 31: 541-59.

Rossow, I. i Hauge, R. (2004). "Who Pays for the Drinking? Characteristics of the Extent and Distribution of Social Harms From Others' Drinking." Addiction, 99(9): 1094.

Rossow, I., Pape, H. i Wichstrøm, L. (1999). "Young, Wet & Wild? Associations Between Alcohol Intoxication and Violent Behaviour in Adolescence." Addiction, 94(7): 1017-31.

Rossow, I., Parnanen, K. i Rehm, J. (2001). "Accidents, Suicide and Violence." Pp.93-112 in Mapping the social consequences of alcohol consumption, Edited by Klingemann, H. i Gmel, G..

Salomaa, J. (1995). "The Costs of the Detrimental Effects of Alcohol Abuse Have Grown Faster Than Alcohol Consumption in Finland." Addiction, 90(4): 525-37.

Sardi, G. M. i Evers, C. (2004). "Drinking and Driving." European drivers and road risk: part 1 - reports on principal analyses, Edited by Sartre. Institut National de Recherche sur les Transports et leur Sécurité INRETS.

Sartre (1998). The attitude and behaviour of European car drivers to road safety. <http://sartre.inrets.fr/>

Scafato, E., Massari, M., Russo, R. i Bartoli, G. (2002). Il consumo di bevande alcoliche: generazioni a confronto [The consumption of alcoholic drinks: a comparison of generations]. Osservatorio Nazionale Alcol - OssFAD. <http://progetti.iss.it/binary/ofad/publ/0009.1112083242.pdf>

SFA (2004). Zahlen und Fakten 2004: Alkohol [Data and facts 2004: Alcohol]. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA). [http://www.sfa-isp.ch/DocUpload/a-konsum\[1\].pdf](http://www.sfa-isp.ch/DocUpload/a-konsum[1].pdf)

Single, E., Robson, L., Rehm, J. i Xie, X. (1999). "Morbidity and Mortality Attributable to Alcohol, Tobacco and Illicit Drug Use in Canada." American Journal of Public Health, 89: 385-90.

Skog, O.-J. (1985). "The Collectivity of Drinking Cultures: a Theory of the Distribution of Alcohol Consumption." British Journal of Addiction, 80(1): 83-99.

Skog, O.-J. (1991). "Drinking and the Distribution of Alcohol Consumption." Pp.135-56 in Society, culture, and drinking patterns reexamined, Edited by D. J. Pittman and H. White. New Brunswick: Alcohol Research Documentation.

Skog, O.-J. (1996). "Public Health Consequences of the J-Curve Hypothesis of Alcohol Problems." Addiction, 91: 325-37.

Skog, O.-J. (2001a). "Alcohol Consumption and Mortality Rates From Traffic Accidents, Accidental Falls, and Other Accidents in 14 European Countries." Addiction, 96(S1): 49-58.

Skog, O.-J. (2001b). "Alcohol Consumption and Overall Accident Mortality 14 European Countries." Addiction, 96(S1): 35-47.

Skog, O.-J. (2001c). "Commentary on Gmel & Rehm's Interpretation of the Theory of Collectivity of Drinking Culture." Drug and Alcohol Review, 20(3): 325-31.

Skog, O.-J. (2003). "Alcohol and Fatal Accidents in Canada 1950-1998." Addiction, 98: 883-93.

Skog, O.-J., Teixeira, Z., Barrias, J. i Moreira, R. (1995). "Alcohol and Suicide - the Portuguese Experience." Addiction, 90: 1053-61.

Sundhedsministeriet [Ministry of Health] (1999). "De samfundsøkonomiske konsekvenser af alkoholforbrug" [The Economic consequences of alcohol consumption in Denmark]. 2nd edition. Copenhagen, Denmark: Ministry of Health. <http://www.im.dk/publikationer/alkoholrapport/index.htm>

Szücs, S., Sárváry, A., McKee, M. i Adany, R. (2005). "Could the High Level of Cirrhosis in Central and Eastern Europe Be Due Partly to the Quality of Alcohol Consumed? An Exploratory Investigation." *Addiction*, 100: 536-42.

Thorsen, T. (1990). *Hundrede års alkoholmisbrug* [One hundred years of alcohol misuse]. Copenhagen: Alkohol- og Narkotikarådet.

White, I. R., Altmann, D. i Nanchahal, K. (2004). "Mortality in England and Wales Attributable to Any Drinking, Drinking Above Sensible Limits and Drinking Above Lowest Risk Levels." *Addiction*, 99(6): 749-56.

7 L'efectivitat de les polítiques en matèria d'alcohol

Les polítiques en matèria d'alcohol es poden agrupar en cinc tipus: (i) polítiques per reduir la conducció sota els efectes de l'alcohol; (ii) polítiques per fomentar l'educació, la comunicació, la formació i la conscienciació pública; (iii) polítiques per regular el mercat de les begudes alcohòliques; (iv) polítiques per reduir els danys produïts per l'alcohol i que sorgeixen en l'entorn de consum; i (v) polítiques que donen suport a intervencions per a les persones. Des dels anys setanta s'han fet avenços importants per entendre la relació entre les polítiques en matèria d'alcohol, el consum alcohòlic i els problemes relacionats amb l'alcohol des d'un punt de vista científic.

Les polítiques per reduir la conducció sota els efectes de l'alcohol més efectives inclouen el control sense restriccions (aleatori) d'alcoholèmies, la reducció de la taxa legal d'alcoholèmia, la suspensió del permís de conduir i unes taxes legals d'alcoholèmia més baixes per als conductors joves. L'evidència limitada de què es disposa en aquest camp no demostra l'eficàcia dels programes de conductor designat o els programes de conducció segura. Els dispositius de blocatge d'arrencada poden ser efectius com a mesura preventiva, però com a mesura aplicada als infractors amb alcoholèmia positiva, només són efectius mentre estan instal·lats al vehicle. L'Organització Mundial de la Salut ha calculat l'impacte i els costos d'aplicar controls d'alcoholèmies sense restriccions, comparant-los amb l'absència de controls. En cas de posar en pràctica aquest tipus de proves, s'estima que, a la Unió Europea, es podrien evitar uns 111.000 anys d'invalidesa i mort prematura, amb un cost estimat de 233 milions d'euros l'any.

La influència de les polítiques que promouen l'educació, la comunicació, la formació i la conscienciació pública és minsa. Malgrat que els programes educatius a les escoles poden tenir una gran difusió per l'efecte captivador que provoquen entre el públic escolar, l'impacte d'aquests programes en la població és reduït i, actualment, es consideren mesures poc o gens efectives. Tot i així, hi ha algunes recomanacions per millorar l'efectivitat dels programes educatius a les escoles. D'altra banda, els programes als mitjans de comunicació tenen un paper fonamental per fomentar la conscienciació social sobre els problemes que comporta el consum d'alcohol i preparar el terreny per a intervencions específiques.

Hi ha una forta evidència de l'efectivitat de les polítiques que regulen el mercat de les begudes alcohòliques a l'hora de reduir els danys causats pel consum d'aquesta substància, on s'inclouen els impostos per la venda d'alcohol i la gestió de la disponibilitat física (horaris i dies de venda limitats i l'augment de l'edat mínima per poder beure alcohol). Els impostos per la venda d'alcohol són especialment importants i incideixen en la gent jove i els problemes relacionats amb l'alcohol. Si es fessin servir aquest tipus d'impostos per augmentar un 10% el preu de l'alcohol a la UE15, es podrien evitar més de 9.000 morts durant l'any següent, i, segons els càlculs, es recaptarien uns 13.000 milions d'euros addicionals d'impostos especials. Per contra, l'evidència també demostra que, si l'horari de venda d'alcohol s'allargués, hi hauria més danys relacionats amb la violència. L'Organització Mundial de la Salut ha calculat l'impacte que representaria reduir fins a 24 hores per setmana la disponibilitat d'alcohol

als establiments de venda al públic. Si es posés a la pràctica aquesta reducció a la Unió Europea, es podrien evitar 123.000 anys d'invalidesa i mort prematura, amb un cost anual d'implementació estimat en 98 milions d'euros.

També és probable que la restricció del volum i el contingut de les comunicacions comercials sobre begudes alcohòliques permeti reduir els danys causats per aquest producte. Els anuncis tenen una influència particular a l'hora de fomentar una actitud més positiva envers el consum d'alcohol en els joves. Fins i tot en el cas d'anuncis que no mostren el consum alcohòlic, els joves perceben que els seus protagonistes són bevedors amb consum de risc. L'autoregulació de les comunicacions comercials per part de la indústria de les begudes alcohòliques no ha demostrat ser gaire efectiva. L'Organització Mundial de la Salut ha calculat el possible impacte que tindria una prohibició publicitària. Aplicat a la Unió Europea, es podrien evitar uns 202.000 anys d'invalidesa i mort prematura, amb un cost aproximat d'implementació estimat en 95 milions d'euros l'any.

Cada cop hi ha més informació que evidencia la influència de les estratègies que actuen en l'entorn on es consumeix alcohol a l'hora de reduir els danys causats per aquesta substància. Aquestes estratègies són útils, sobretot, pel que fa al consum d'alcohol a bars i restaurants, i la seva efectivitat dependrà d'un compliment adequat. Per exemple, aprovar una llei sobre l'edat mínima legal per consumir alcohol no tindrà gaire influència si no s'acompanya d'una amenaça creïble de retirar els permisos als establiments que venguin alcohol a menors repetidament. A més, aquestes estratègies també seran més efectives si es complementen amb programes de prevenció comunitaris.

El consell breu també ha demostrat ser molt eficaç per reduir el consum perjudicial d'alcohol, especialment quan s'ofereix als centres d'atenció primària. L'Organització Mundial de la Salut ha calculat l'impacte i el cost de proporcionar consell breu a un 25% dels pacients de l'atenció primària que s'incloguin dins de la població de risc. Si s'apliqués aquesta estratègia a la Unió Europea, es podrien evitar uns 408.000 anys d'invalidesa i mort prematura, amb un cost de 740 milions d'euros l'any.

Fent servir els models de l'Organització Mundial de la Salut i comparant-los amb l'absència de polítiques en matèria d'alcohol, s'estima que la implementació d'un conjunt extens de polítiques i programes exhaustius i efectius a la Unió Europea, que inclogui controls aleatoris d'alcoholèmies, impostos de l'alcohol, accés restringit a les begudes alcohòliques, prohibicions publicitàries i consell mèdic breu, comportaria un cost estimat per als governs de la UE de 1.300 milions d'euros. Als països de la UE15, aquesta xifra representa, aproximadament, un 1% del total dels costos tangibles que comporta l'alcohol per a la societat, i només un 10% de l'augment estimat dels ingressos de l'erari públic obtingut amb l'increment del 10% del preu de l'alcohol a causa dels impostos. Es calcula que aquest conjunt de mesures podria evitar 1,4 milions d'anys d'invalidesa i mort prematura cada any, aproximadament, un 2,3% de tots els casos d'invalidesa i mort prematura de la Unió Europea.

Introducció

Base de l'evidència

Durant els últims vint-i-cinc anys s'han fet avenços importants per entendre la relació entre les polítiques en matèria d'alcohol, el consum alcohòlic i els problemes relacionats amb l'alcohol des d'un punt de vista científic (vegeu per exemple Bruun [et al.], 1975; Edwards [et al.], 1994; Babor [et al.], 2003). La base de l'evidència inclou anàlisis de sèries temporals, anàlisis econòmiques, estudis comunitaris i assajos controlats aleatoritzats d'intervencions. Les polítiques en matèria d'alcohol es poden agrupar en cinc tipus: polítiques per reduir la conducció sota els efectes de l'alcohol; polítiques per fomentar l'educació, la comunicació, la formació i la conscienciació pública; polítiques per regular el mercat de les begudes alcohòliques; polítiques per reduir els danys produïts per l'alcohol i que sorgeixen en l'entorn de consum, i polítiques que donen suport a intervencions per a les persones amb un consum de risc i un consum perjudicial d'alcohol i dependència de l'alcohol. Tot i que la situació canvia, la base de l'evidència la proporcionen, en gran part, els estudis fets a Amèrica del Nord, el nord d'Europa, Austràlia i Nova Zelanda. Encara que no hi ha cap motiu per creure que els resultats no tenen importància pel que fa a les polítiques per al conjunt d'Europa, cal ampliar la base d'evidència entre els països i les cultures, un tema que es tractarà al capítol 10. Aquest capítol dedica més pàgines a analitzar l'evidència relacionada amb les polítiques de publicitat, ja que aquesta és una àrea que actualment genera molts debats.

Quadres de resum

Cada tipus de política es resumeix amb una taula d'índexs d'efectivitat. Aquestes taules s'han elaborat mitjançant una versió actualitzada dels índexs d'efectivitat facilitats per Babor [et al.] (2003) i s'ha utilitzat el sistema de classificació de la taula 7.1.

Taula 7.1: Índexs d'efectivitat utilitzats en aquest capítol.

Efectivitat	Extensió del suport a la recerca	Relació cost-efectivitat
Aquest criteri es refereix a l'evidència científica que demostra si una estratègia específica és efectiva per reduir el consum alcohòlic, els problemes relacionats amb l'alcohol o els costos que representa per a la societat. Es va utilitzar l'escala de classificació següent: 0 L'evidència indica una efectivitat nul·la. + L'evidència indica una efectivitat limitada. ++ L'evidència indica una efectivitat moderada. +++ L'evidència indica un grau d'efectivitat alt. ? No s'han fet estudis o no hi ha prou evidència per fer una valoració.	La disponibilitat de revisions i metanàlisis integrals incideixen en la valoració més alta. El grau de suport de la recerca es va avaluar independentment de l'índex d'efectivitat (per exemple, és possible valorar una estratègia com a baixa en efectivitat però alta en el grau de suport de la recerca d'aquesta avaluació). Es va utilitzar l'escala següent: 0 No s'han fet estudis sobre l'efectivitat. + Només s'ha realitzat un estudi ben dissenyat d'efectivitat. ++ S'han realitzat de 2 a 4 estudis sobre l'efectivitat. +++ S'han realitzat 5 o més estudis sobre l'efectivitat. ? No hi ha prou evidència per fer una valoració.	Aquest criteri vol valorar el cost econòmic relatiu per a l'Estat per implementar, dur a terme i mantenir una estratègia sense tenir en compte l'efectivitat. Per exemple, un augment dels impostos de l'alcohol no representa un cost alt per a l'Estat però sí per als consumidors d'alcohol. En aquest criteri, el cost més baix possible és l'estàndard més alt. Per tant, com més alta és la valoració, més baix és el cost relatiu d'implementar i mantenir una estratègia. Es va utilitzar l'escala següent: o Cost molt alt per implementar i mantenir una estratègia. + Cost relativament alt per implementar i mantenir una estratègia. ++ Cost moderat per implementar i mantenir una estratègia. +++ Cost baix per implementar i mantenir una estratègia. ? No es disposa d'informació sobre el cost o no és possible valorar el cost.

Font: Babor [et al.] (2003).

Estimacions i costos de l'impacte de les polítiques

Al llarg de tot el capítol també presentem els resultats del programa CHOICE, creat per l'Organització Mundial de la Salut, que ofereix estimacions de l'impacte i el cost d'implementar polítiques per reduir els anys de vida ajustats per invalidesa (vegeu el capítol 6) a causa del consum perjudicial d'alcohol (Tan Torres [et al.], 2003; OMS, 2002, Ezzati [et al.], 2002; Rehm [et al.], 2004; Chisholm [et al.], 2004; Rehm [et al.], 2003a, 2003b, 2004; Rehm [et al.], 2001; Stouthard [et al.], 2000), recalculats per a la Unió Europea. El programa Escollir intervencions amb bona relació cost-efectivitat estableix l'efectivitat de les intervencions mitjançant un model de població amb canvis d'estats (Lauer [et al.], 2003), on es tenen en compte els naixements, les morts i l'impacte de l'alcohol. S'avaluen dos escenaris al llarg de la vida (100 anys): 1) sense cap intervenció disponible per reduir el consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol (que al programa Escollir intervencions amb bona relació cost-efectivitat s'estableix com a més de 20 g de consum alcohòlic al dia per a les dones i més de 40 g d'alcohol al dia per als homes); i 2) l'impacte en la població de cada intervenció especificada, implementada durant un període de 10 anys. La diferència mostra la millora de la salut per a la població gràcies a la implementació de la intervenció, reduïda en un 3% i valorada segons els grups d'edat.

Els costos descrits en el programa Escollir intervencions amb bona relació cost-efectivitat són els costos dels governs i inclouen els *costos relacionats amb els programes*, que tenen a veure amb l'execució de la intervenció, com ara l'administració, la formació i els mitjans de comunicació (Adam [et al.], 2003; Johns [et al.], 2003) i els *costos relacionats amb els pacients*, com les visites d'atenció primària (Fleming [et al.], 2000). Els costos es van calcular en dòlars internacionals (Adam [et al.], 2003; Johns [et al.], 2003) i es van convertir a euros de manera que amb un euro es pogués comprar la mateixa quantitat de recursos d'assistència sanitària a Anglaterra que a Hongria. El model no té en compte els augments potencials de la mà d'obra i la productivitat nacional entre els bevedors amb consum de risc després d'implementar una intervenció ni tampoc preveu les conseqüències econòmiques de la reducció dels delictes, la violència i els problemes relacionats amb l'alcohol. Els ingressos per impostos dels governs tampoc no s'han tingut en compte.

El programa Escollir intervencions amb bona relació cost-efectivitat va calcular les intervencions específiques, que es descriuen en cada apartat. Els models s'utilitzen per il·lustrar i donar evidència de l'impacte i el cost de certes intervencions. **El fet que s'avalui una intervenció específica (per exemple, reduir la disponibilitat d'alcohol o prohibir-ne la publicitat) no implica que aquesta intervenció sigui la recomanada per a la política europea (vegeu el capítol 10).** Atès que el model compara una determinada intervenció en un context europeu on no existeix la intervenció especificada, l'objectiu principal és mostrar les comparacions entre l'impacte i els costos de diferents tipus d'intervencions que siguin útils per als responsables polítics. Els resultats es mostren per a les tres regions de la Unió Europea definides a partir de la classificació de l'OMS que es pot veure a la taula 7.2.

Taula 7.2: Classificació de l'OMS dels països de la Unió Europea segons les taxes de mortalitat.¹

Europa A		Europa B	Europa C
Mortalitat infantil i adulta molt baixa		Mortalitat infantil i adulta baixa	Mortalitat infantil baixa i mortalitat adulta alta
Àustria	Itàlia	Xipre	Estònia
Bèlgica	Luxemburg	Polònia	Hongria
República Txeca	Malta	Eslovàquia	Letònia
Dinamarca	Països Baixos		Lituània
Finlàndia	Portugal		
França	Eslovènia		
Alemanya	Espanya		
Grècia	Suècia		
Irlanda	Regne Unit		

El benestar social i altres sectors

Tot i que aquest tema no es tracta àmpliament, les polítiques en matèria d'alcohol també haurien d'estar estretament relacionades amb polítiques de benestar social i polítiques econòmiques ben definides. Les polítiques socials i econòmiques que intenten millorar les condicions per aconseguir un creixement sa dels infants i els joves, reduir les diferències, augmentar la igualtat i reforçar la població tindran tota una sèrie d'avantatges, com índexs més baixos de problemes relacionats amb l'alcohol (Blane [et al.], 1996; Marmot i Wilkinson, 1999).

Reducció de la conducció sota els efectes de l'alcohol

Polítiques que regulen el mercat de l'alcohol

Les polítiques que regulen el mercat de l'alcohol, on s'inclouen el preu de l'alcohol, la ubicació, la densitat i l'horari d'obertura dels establiments de venda, els controls de disponibilitat d'alcohol i la seva promoció i publicitat, tenen impacte a l'hora de reduir la conducció sota els efectes de l'alcohol i les víctimes mortals que hi estan relacionades (vegeu més endavant) (Grube i Stewart, 2004).

Reducció de les taxes d'alcoholèmia²

Reduir de manera significativa les taxes d'alcoholèmia té efectes positius en el comportament a l'hora de conduir sota els efectes de l'alcohol a tots els nivells i també redueix considerablement els accidents de trànsit per carretera causats per l'alcohol (Jonah [et al.], 2000).

¹ Per consultar el llistat complet dels països inclosos a les tres subregions, vegeu la publicació de l'Organització Mundial de la Salut, 2002.

² La taxa d'alcoholèmia (a vegades anomenada *nivell de concentració d'alcohol a la sang*) representa la quantitat d'etanol que hi ha en una determinada quantitat de sang i s'expressa en pes partit pel volum. Les mesures que s'utilitzen amb més freqüència són els grams d'etanol per cada 100 mil·lilitres de sang (g/100 ml), que a vegades s'expressa com el percentatge del volum, especialment als Estats Units, i mil·ligrams d'etanol per mil·lilitre de sang (mg/ml) equivalent a grams per litre (g/l), expressió que s'utilitza molt a Europa. Per exemple: 0,05 g/100 ml = 0,05% = 0,5 mg/ml = 0,5 g/l. En aquest informe s'utilitza g/l.

L'experiència als EUA

Tot i que s'han publicat molts estudis sobre l'efectivitat de les lleis de la concentració d'alcohol a la sang de 0,8 g/l als EUA (Johnson i Walz, 1994; Hingson [et al.], 1996; Hingson [et al.], 2000; Foss [et al.], 1998, 2001; Apsler [et al.], 1999; Voas i Tippetts, 1999; Villaveces [et al.], 2003), els mètodes estadístics i el tipus de mesura utilitzats són diferents a cada estudi, de manera que és difícil utilitzar els resultats per fer una estimació global de l'efectivitat de la llei (Beirness i Simpson, 2002). Una anàlisi de sèries temporals va analitzar la implementació de la llei dels 0,8 g/l a 19 estats des del 1982 fins al 2000 tenint en compte altres lleis de seguretat clau (llei de suspensió/revocació del permís de conduir i llei del cinturó de seguretat), així com les condicions econòmiques que podien influir en l'efectivitat de la llei dels 0,8 g/l (Tippetts [et al.], 2005). La magnitud de l'efecte combinat entre els 19 estats va mostrar una disminució del 15% en la taxa d'accidents mortals amb conductors que havien consumit alcohol després que entressin en vigor les lleis del límit de 0,8 g/l. La disminució va ser més gran en els estats que tenien una llei de suspensió o revocació del permís de conduir i havien implementat controls freqüents d'alcoholèmia. La introducció de límits més baixos en la taxa d'alcoholèmia (0,2 g/l) per als conductors joves o novells va aconseguir reduir els accidents mortals d'un 9% a un 24%. Uns estudis fets a Califòrnia van demostrar que la publicitat doblava l'impacte de les noves lleis i les noves mesures per complir-les (Voas i Hause, 1987).

L'experiència a Austràlia

La reducció del límit legal de la taxa d'alcoholèmia de 0,8 g/l a 0,5 g/l a Nova Gal·les del Sud va donar com a resultat una disminució del 7% de tots els accidents greus, una disminució del 8% dels accidents mortals i una disminució de l'11% d'accidents nocturns amb només un vehicle involucrat (Henstridge [et al.], 1997). Comparativament, el control aleatori d'alcoholèmies va donar com a resultat disminucions d'un 19%, 48% i 26% respectivament. Una comparació senzilla de les dades dels accidents obtingudes en conjunt durant els tres anys abans i després de l'entrada en vigor de la disminució del límit de la taxa d'alcoholèmia de 0,8 g/l a 0,5 g/l, a Queensland, va mostrar una disminució de l'11% dels accidents on va caldre hospitalització, un 15% d'accidents en els quals es van produir lesions (però en els quals no va ser necessària l'hospitalització) i un 12% dels accidents amb danys a la propietat (Smith, 1987, 1988). No obstant això, sembla que una part de l'impacte de la disminució de la taxa d'alcoholèmia desapareix amb el temps perquè inicialment els conductors exageren desproporcionadament la por com a resposta a la publicitat, però gradualment s'acostumen a la nova llei i s'adonen que les possibilitats que els facin el control no són, en realitat, gaire altes. El fet que els automobilistes no sàpiguin valorar el risc real de la identificació d'alcohol a la sang pot ser, paradoxalment, la clau per dissuadir-los de manera que hi hagi una bona relació cost-efectivitat (Hemel, 1988; Nagin, 1998).

Lleis de conducció sota els efectes de l'alcohol

L'Organització Mundial de la Salut ha calculat l'impacte i els costos d'aplicar controls d'alcoholèmies sense restriccions, comparant-los amb l'absència de controls. Amb l'aplicació d'aquest tipus de proves a la Unió Europea, s'estima que es podrien evitar 111.000 anys d'invalidesa i mort prematura, amb un cost estimat de 233 milions d'euros l'any.

L'experiència a Europa

La disminució de la taxa d'alcoholèmia de 0,5 g/l a 0,2 g/l a Suècia l'any 1990 va fer disminuir els accidents amb víctimes mortals relacionats amb l'alcohol entre un 8% i un 10% (Ross i Klette, 1995; Norström, 1997; Norström i Laurell, 1997; Lindgren, 1999; Borschos, 2000). Dinamarca va reduir la seva taxa d'alcoholèmia de 0,8 g/l a 0,5 g/l l'1 de març de 1998. Es va observar una certa evidència de la disminució de tots els accidents amb vehicles de motor on es van produir lesions i dels accidents on el conductor tenia una taxa d'alcoholèmia superior a 0,5 g/l l'any 1998, en comparació amb l'any 1997 (Bernhoft i Behrendorff, 2003), però això no va representar cap canvi en els accidents amb víctimes mortals.

Control sense restriccions (aleatori) d'alcoholèmies

Els controls d'alcoholèmies sense restriccions o aleatoris consisteixen en què la policia atura els conductors sense cap limitació i els demana que facin una prova d'alcoholèmia, fins i tot si es creu que no han comès cap infracció o no han estat involucrats en un accident. Es pot exigir fer una prova a qualsevol conductor i en qualsevol moment, i el conductor no pot fer res per evitar el control. El procés de control varia dia a dia i setmana rere setmana, i si el conductor es nega a sotmetre's al control es considera una falta. Vint-i-tres estudis amb control aleatori d'alcoholèmies i un procés de control selectiu mostren una disminució dels accidents amb víctimes mortals d'un 22% (amb una variació entre el 13% i el 36%), i una disminució lleugerament menor en els accidents on no es van produir lesions i en altres accidents, gràcies a aquestes estratègies de compliment (Shults [et al.], 2001).

L'experiència a Austràlia

Austràlia és un dels països amb més experiència quant al control aleatori d'alcoholèmies. El 1999, el 82% dels conductors australians va afirmar que havia estat aturat alguna vegada, en comparació amb el 16% del Regne Unit i el 29% dels Estats Units (Williams [et al.], 2000). El resultat va ser que els nivells d'accidents mortals van disminuir fins a un 22%, mentre que els accidents de trànsit relacionats amb l'alcohol van disminuir un 36% i van mantenir-se en aquest nivell durant quatre anys (Hemel, 1988; Arthurson, 1985). Una anàlisi de sèries temporals a quatre estats australians va mostrar que el control d'alcoholèmies sense restriccions era el doble d'efectiu que els controls selectius (Henstridge [et al.], 1997). Per exemple, a Queensland, el control aleatori d'alcoholèmies va aconseguir disminuir els accidents mortals en un 35%, en comparació amb el 15% del que aconseguien els controls ordinaris. Des de la seva implementació, el compliment dels límits de conducció sota els efectes de l'alcohol i les campanyes publicitàries a Victòria han seguit mantenint la seva efectivitat per reduir els accidents greus en hores punta de consum alcohòlic (Tay, 2005a, 2005b).

L'experiència a Europa

Als Països Baixos, la implementació experimental del control aleatori d'alcoholèmies va fer disminuir el nombre de conductors amb alcohol a la sang, especialment de conductors amb taxes d'alcoholèmia per sobre dels 0,5 g/l, el límit legal nacional (Mathijssen i Wesemann, 1993).

Suspensió del permís de conduir

La suspensió del permís de conduir de les persones sancionades per la disminució de les facultats de conducció només és parcialment efectiva com a mesura per reduir la reincidència.

cia de conduir sota els efectes de l'alcohol i els accidents relacionats amb l'alcohol. Sense cap tipus d'educació, intervenció o programa de tractament, els efectes de la suspensió per disminució de les facultats de conducció a causa del consum alcohòlic només són efectius si el conductor es troba incapacitat per la suspensió del permís de conduir, i aquests períodes poden ser relativament curts (McKnight i Voas, 1991; Ross, 1992). L'efecte dissuasiu de qualsevol pena es beneficia de la certesa i la immediatesa (Ross 1984; Ross 1992; McKnight i Voas 2001). Una revisió de 46 estudis sobre la suspensió del permís de conduir va mostrar que la suspensió tenia com a conseqüència una disminució mitjana del 5% dels accidents relacionats amb l'alcohol i una reducció del 26% dels accidents amb víctimes mortals (Zobeck i Williams, 1994).

Es disposa de poca evidència sobre el fet que les sentències de condemna a presó o les multes tinguin un efecte dissuasiu específic per evitar infraccions futures (Voas, 1986). Malgrat tot, l'autoritat d'imposar una sentència de condemna a presó pot constituir la base legal perquè els infractors sancionats amb la suspensió del permís de conduir participin en programes de tractament, que han demostrat ser efectius per reduir la reincidència de la conducció sota els efectes de l'alcohol amb infractors que només han comès una infracció o infractors reincidents (Voas i Tippetts, 1990). Una metanàlisi de 215 avaluacions independents de programes terapèutics va demostrar una disminució mitjana d'un 8-9%, tant en la recurrència d'infraccions causades per la disminució de les facultats de conducció a causa de l'alcohol com en els accidents relacionats amb l'alcohol (Wells-Parker *[et al.]*, 1995).

Dispositius de blocatge d'arrencada

Una acció per evitar que els infractors condueixin sota els efectes de l'alcohol és col·locar un dispositiu de blocatge d'arrencada per impedir que un conductor potencialment perillós posi en marxa el cotxe. Per tal que un vehicle amb un dispositiu de blocatge d'arrencada s'engegui, el conductor ha de fer una prova d'alcoholèmia i donar una mostra d'aire. Si el nivell d'alcohol de la mostra supera el nivell predeterminat, el vehicle no s'engegarà. Com a mesura per reduir l'elusió del dispositiu (per exemple, fer bufar una altra persona), cal repetir proves aleatòries mentre el vehicle està en marxa. Els dispositius de blocatge d'arrencada també es poden utilitzar com a mesura preventiva si es col·loquen en vehicles públics o en vehicles de mercaderies pesants.

Una revisió de vuit estudis de programes de blocatge que es va realitzar amb l'autoritat d'un jutjat local o una delegació experta en vehicles de motor va demostrar que els dispositius de blocatge d'arrencada eren més efectius que la suspensió total del permís de conduir per evitar la reincidència dels conductors amb disminució de les facultats de conducció a causa de l'alcohol (Voas *[et al.]*, 1999). No obstant això, set dels estudis van demostrar que un cop s'extreu el mecanisme de blocatge, els infractors tenen la mateixa taxa de reincidència que els infractors amb el permís de conduir suspès.

Una revisió sistemàtica de Cochrane va identificar un assaig clínic aleatoritzat, deu assajos controlats i tres assajos en curs (Willis *[et al.]*, 2004). En l'assaig clínic aleatoritzat, la reincidència era més baixa en el grup d'intervenció mentre el dispositiu encara estava instal·lat al vehicle, però va desaparèixer un cop es va retirar el mecanisme. En els 13 assajos clínics no aleatoritzats, els participants que tenien un dispositiu de blocatge d'arrencada mostraven

una recurrència d'infraccions més baixa que amb els controls. Malgrat tot, els resultats favorables no es van mantenir després de retirar el dispositiu de blocatge d'arrencada.

L'any 2000, un consorci d'investigació europeu va estudiar la viabilitat dels programes de dispositius de blocatge d'arrencada als països de la Unió Europea i va arribar a la conclusió que les infraccions causades per la disminució de les facultats de conducció a causa de l'alcohol s'havien reduït durant el programa de dispositius de blocatge d'arrencada i que els índexs d'accidents també s'havien reduït (Mathijssen, 2005). Com a resultat de l'estudi de viabilitat, les iniciatives per col·locar dispositius de blocatge d'arrencada s'estan implemant a Bèlgica, Finlàndia, Alemanya, Països Baixos, Noruega, Espanya i Suècia. Als Països Baixos, el grup objectiu són els infractors per conducció en condicions d'intoxicació etílica que reben ajuda mèdica o psiquiàtrica i que es declaren com a «no incapacitats per conduir», els quals representen un 10% dels reincidents múltiples o els conductors amb una taxa d'alcoholèmia superior a 1,8 g/l que estan en tractament. El programa de dispositius de blocatge d'arrencada serà obligatori segons la llei administrativa i tindrà una durada de dos anys amb possibilitat de pròrroga de fins a sis mesos. Es creu que el cost per cada dispositiu de blocatge d'arrencada instal·lat és de 2.200 euros. Segons un índex d'accidents reduït en un 65% estimat per als usuaris dels dispositius de blocatge d'arrencada, el benefici calculat del programa és una reducció anual de 4-5 víctimes mortals, amb un cost anual del programa de 0,9 milions d'euros.

Els dispositius i els programes de blocatge d'arrencada es van començar a utilitzar a Suècia l'any 1999, amb dos tipus de programes (Bjerre, 2005). Es va iniciar una estratègia de prevenció primària per evitar la disminució de les facultats de conducció a causa de l'alcohol en tres empreses de transport (autobusos, camions i taxis). També es va iniciar un assaig de prevenció secundari com a programa voluntari de dos anys de durada per als infractors que havien conduït sota els efectes de l'alcohol amb requisits mèdics estrictes, on s'inclouïen intervencions i revisions mèdiques periòdiques per part d'un metge. Els dispositius de blocatge d'arrencada en vehicles comercials han estat ben acceptats pels conductors professionals, els seus ocupadors i els seus passatgers, i el nombre de vehicles amb dispositius de blocatge d'arrencada com a mesura de prevenció primària està creixent ràpidament a Suècia. Tres de les 1.000 arrencades en vehicles dins del programa de prevenció primària van ser bloquejades pel dispositiu de blocatge d'arrencada després de mesurar una taxa d'alcoholèmia superior al límit legal i el punt de blocatge de 0,2 g/l. Només un 11% dels possibles infractors per conduir sota els efectes de l'alcohol van participar voluntàriament en el programa de prevenció secundari, dels quals un 60% van ser diagnosticats de dependència de l'alcohol. Durant el programa, el consum alcohòlic va disminuir tal com van mesurar cinc marcadors biològics d'alcohol, i l'índex d'infraccions per conduir sota els efectes de l'alcohol va caure en picat, d'un 5% anual a gairebé zero. Tot i això, les persones que van deixar el programa van tornar a conduir sota els efectes de l'alcohol, com feien prèviament.

Limitacions per a conductors joves o novells

Les revisions demostren que les taxes d'alcoholèmia més baixes per als conductors joves (per exemple, de 0,1 g/l a 0,2 g/l) redueixen lesions i accidents (Hingson *[et al.]*, 1991, 1994; Zwerling i Jones, 1999), amb reduccions d'entre el 9% i el 24% d'accidents amb víctimes mortals (Shults *[et al.]*, 2001). Un estudi nacional fet als estats dels EUA va mostrar

una disminució neta del 24% en el nombre de conductors joves amb taxes d'alcoholèmia positiva després de fer entrar en vigor els límits més baixos d'alcoholèmia per als conductors joves (Voas [et al.], 1999). La combinació d'augmentar l'edat mínima per consumir alcohol als 21 anys i establir una tolerància zero ($< 0,2$ g/l de taxa d'alcoholèmia) per als conductors menors de 21 anys s'ha associat amb una disminució substancial d'accidents amb víctimes mortals sota els efectes de l'alcohol on estaven implicats conductors menors de 21 anys als Estats Units, del 1982 al 1997 (Voas [et al.], 2003). Els programes relacionats amb el permís de conduir progressiu posen restriccions a les circumstàncies sota les quals els conductors joves o novells poden conduir, com per exemple la prohibició de conduir durant determinades hores o conduir amb altres joves dins del vehicle. Aquests programes, que sovint tenen taxes d'alcoholèmia inferiors a 0,2 g/l, són efectius per reduir les víctimes mortals amb vehicles de motor entre els conductors de 15 a 17 anys fins a un 19% (Morrisey [et al.], 2005).

Formació i responsabilitat civil de les persones que serveixen begudes alcohòliques

A Amèrica del Nord, Austràlia i els Països Baixos s'han avaluat programes de formació per a les persones que serveixen begudes alcohòliques i els cambrers, per tal de prevenir la conducció perillosa. En aquests programes s'han implementat mesures per identificar la disminució de les facultats de conducció a causa de l'alcohol, negar el servei i proporcionar transport. Amb això s'ha demostrat una millora significativa del coneixement i l'actitud de les persones que serveixen begudes alcohòliques, així com la dissuasió del consum en excés i la promoció de begudes alternatives. Aquest efecte és particularment efectiu quan es combina amb un canvi en les pràctiques per servir i vendre begudes alcohòliques als establiments amb llicència i amb la formació per als gerents (Rydon [et al.], 1996; Saltz, 1997). L'èxit en la reducció del risc de conduir sota els efectes de l'alcohol no s'ha vist en tots els estudis, fins i tot després de fer que la formació de les persones que serveixen begudes alcohòliques fos obligatòria per obtenir una llicència per vendre alcohol (Lang [et al.], 1998). Això no obstant, quan s'han implementat dins de programes comunitaris més amplis, els programes per a les persones que serveixen begudes alcohòliques de manera responsable han estat efectius, especialment per als accidents nocturns amb joves implicats (Holder i Wagenaar, 1994; Wagenaar [et al.], 2000).

La importància del compliment de la llei

Una activitat per fer complir la llei en la qual uns agents vestits de paisà entraven als establiments autoritzats que servien begudes alcohòliques a clients clarament intoxicats va mostrar un augment de fins a tres vegades de la negativa de servir a falsos clients que simulaven símptomes d'intoxicació i una disminució d'un quart del percentatge de conductors detinguts que venien de bars i restaurants (McKnight i Streff, 1994). L'estalvi en els costos d'accidents es va estimar en 75 € per cada cost d'euro de compliment.

La responsabilitat civil dels establiments de venda al detall d'alcohol que serveixen alcohol als clients intoxicats, s'ha basat sovint en el dret consuetudinari, especialment als Estats Units, amb una extensió molt limitada a altres països, però també a Austràlia i al Canadà. Aquesta responsabilitat ha estat principalment reactiva, és a dir, s'ha utilitzat com a mitjà de compensació legal després de servir alcohol a una persona intoxicada que hagi tingut com a conseqüència una pèrdua o lesió personal (Mosher, 1979, 1987). Això pot passar, per exemple, quan un conductor intoxicat que ha begut alcohol en un establiment de venda al detall té un accident i provoca una lesió a un vianant innocent o el mata. Malgrat tot, la responsabilitat de les persones que serveixen begudes alcohòliques també pot ser una política de prevenció per promoure pràctiques de servei de begudes més segures i per prevenir la conducció sota els efectes de l'alcohol (Mosher, 1983, 1987; Holder [et al.], 1993). Els estats dels EUA amb propietaris de bars i personal legalment responsables dels danys atribuïts a la intoxicació d'alcohol tenen índexs més baixos de víctimes mortals de trànsit (Chaloupka [et al.], 1993; Ruhm, 1996; Sloan [et al.], 1994a) i d'homicidis (Sloan [et al.] 1994b), en comparació amb els estats que no tenen aquesta responsabilitat. Quan un estat va distribuir deliberadament publicitat sobre la responsabilitat legal de les persones que serveixen begudes alcohòliques, es va registrar una disminució del 12% en els accidents de trànsit nocturns amb un sol vehicle involucrat en els quals es van produir lesions (Wagenaar i Holder, 1991) gràcies als efectes de la responsabilitat legal sobre les actituds i el comportament dels propietaris i el personal dels bars (Holder [et al.], 1993; Sloan [et al.], 2000).

En moltes jurisdiccions és il·legal vendre una beguda alcohòlica a compradors amb risc de patir danys personals, com els menors d'edat i les persones amb intoxicació etílica. Les violacions d'aquesta llei poden comportar delictes i multes contra els venedors, a més de sancions administratives contra els establiments, com multes i suspensions de les llicències per vendre alcohol. L'aplicació de les lleis que prohibeixen servir begudes alcohòliques a un client intoxicat és menys usual que l'aplicació de lleis que prohibeixen la venda a un client menor d'edat. La majoria de mesures contra les persones que serveixen alcohol sembla que s'apliquen quan la venda il·legal comporta algun tipus de dany, més que ser una activitat d'aplicació rutinària. L'efectivitat dels esforços per controlar l'alcohol pot augmentar si l'aplicació se centra en els establiments que infringeixen la llei contínuament. Els conductors detinguts als quals s'ha preguntat on van consumir alcohol per última vegada poden identificar les fonts de problemes més grans.

Els programes de conductor designat i de conducció segura

No hi ha cap definició consensuada per al concepte de *conductor designat*. La definició més usual és que el conductor designat s'absté de beure alcohol, s'escull abans de consumir i porta els altres companys a casa seva amb cotxe (vegeu Ditter [et al.], 2005). Altres definicions ho descriuen com una estratègia de disminució dels riscos i danys en la qual l'objectiu principal no és necessàriament l'abstinència, sinó mantenir la taxa d'alcoholèmia del conductor designat per sota del límit legal.

A la pràctica, només una petita part dels conductors designats es manté totalment abstinent, i moltes persones poden aplicar el concepte de conductor designat de manera perillosa. En una enquesta feta a Califòrnia, només el 56% de les persones que la van contestar van afirmar que el conductor designat s'havia d'escollir abans de començar a consumir alcohol, i

només el 64% esperava que el conductor s'abstingués de consumir alcohol durant 4 hores abans de conduir (Lange *[et al.]*, 1998). En alguns casos, el conductor designat es pot escollir en funció de qui ha consumit menys alcohol en un grup (Knight *[et al.]*, 1993; DeJong i Wintzen, 1999). Timmerman *[et al.]* (2003) va mostrar que la taxa d'alcoholèmia mitjana de 66 conductors designats que sortien dels bars universitaris era de 0,6 g/l.

Es va dur a terme una revisió sistemàtica per avaluar l'evidència de l'efectivitat dels programes de conductors designats per evitar la disminució de les facultats de conducció a causa de l'alcohol i els accidents causats per l'alcohol mitjançant l'avaluació de campanyes adreçades a la població que fomentaven l'ús d'un conductor designat, així com de programes duts a terme en establiments on es consumís alcohol i s'incentivés que s'escollissin conductors designats (Ditter *[et al.]*, 2005). Només es va identificar un estudi de la població sobre una campanya de promoció de conductors designats. Els resultats de l'estudi indicaven un 13% d'augment de les persones que contestaven que «sempre» escollien un conductor designat, però no es va identificar cap canvi significatiu en les persones que afirmaven conduir amb una disminució de les facultats de conducció a causa de l'alcohol o el fet de pujar al cotxe d'un conductor amb menys facultats de conducció a causa de l'alcohol (Boots i Midford, 1999). Set estudis (cinc dels quals es van presentar al mateix article de la revista, i sis dels quals havien estat escrits pels mateixos autors principals, que eren dos) van avaluar el nombre de persones que s'identificaven com a conductors designats abans i després que s'implementessin els programes, amb un augment mitjà del 0,9 de conductors designats cada nit (Brigham *[et al.]*, 1995; Meier *[et al.]*, 1998; Simons-Morton i Cummings, 1997). Un vuitè estudi va mostrar una disminució del 6% de les persones que afirmaven conduir o haver pujat en un cotxe amb un conductor intoxicat entre les persones que van respondre l'enquesta i que participaven en un programa d'incentius (Boots, 1994).

La interpretació d'aquests resultats va ser difícil pel fet que només dos dels estudis (Brigham *[et al.]*, 1995; Simons-Morton i Cummings, 1997) van anotar el nombre de persones o grups de persones al bar durant cada període d'observació. A més, tot i que els programes incentivadors van mostrar en general un petit augment en el nombre de persones que s'escollien elles mateixes com a conductors designats, no va quedar clar fins a quin punt aquests canvis estaven relacionats amb l'ús del conductor designat. Finalment, va ser impossible calcular els efectes en la salut pública dels canvis observats en el nombre de persones que eren conductors designats sense tenir informació de quin hauria estat el seu comportament en cas que no hagués existit un programa de conductors designats. Per tant, els pocs efectes observats i les limitacions de les mesures dels resultats fan que l'evidència actual no sigui suficient per extreure cap conclusió sobre l'efectivitat de qualsevol tipus dels programes avaluats de promoció de conductors.

A més, cap estudi ha avaluat si l'ús dels conductors designats disminueix les lesions relacionades amb l'alcohol i els vehicles de motor. Tot i això, alguns estudis sobre conductors designats han avaluat les seves taxes d'alcoholèmia, que estan estretament relacionades amb el risc d'accidents. Els estudis mostren que les taxes d'alcoholèmia dels conductors designats són normalment més baixes que les dels seus passatgers i també més baixes que les d'altres conductors que no són conductors designats (Lange *[et al.]*, 2000), però tot i això sovint encara són més altes que el límit legal per conduir sota els efectes de l'alcohol (Timmerman *[et al.]*, 2003).

L'impacte potencial dels programes de conductor designat sobre el consum alcohòlic és un altre aspecte important. Diversos estudis mostren un augment del consum alcohòlic dels passatgers quan hi ha un conductor designat. Un estudi va valorar que l'augment mitjà de la taxa d'alcoholèmia dels passatgers que anaven amb un conductor designat era de 0,17 g/l (Harding *[et al.]*, 2001) i era probable que el consum dels consumidors joves i d'alt risc augmentés (Knight *[et al.]*, 1993; DeJong i Wintzen, 1999; Boots i Midford, 1999).

El projecte Salvem vides

El projecte Salvem vides que es va dur a terme a sis comunitats de Massachusetts, als EUA, tenia com a objectiu reduir les deficiències de conducció i els problemes relacionats amb l'alcohol, com l'excés de velocitat (Hingson *[et al.]*, 1996). A cada comunitat un coordinador del govern local que treballava a temps complet organitzava un grup de treball que representava diferents zones de la ciutat. Els programes es van dissenyar localment i incloïen diverses activitats, com campanyes als mitjans de comunicació, programes d'informació als establiments, dies de sensibilització sobre l'excés de velocitat i la conducció sota els efectes de l'alcohol, línies telefòniques de vigilància de la velocitat, formació per a policies, educació per a adolescents als instituts d'ensenyament secundari, grups d'estudiants contra la conducció sota els efectes de l'alcohol, programes de prevenció a les universitats i altres activitats. Durant els cinc anys que el programa va funcionar, als llocs on va intervenir el projecte Salvem vides es va aconseguir una disminució del 25% d'accidents amb víctimes mortals respecte a la resta de Massachusetts, una disminució del 47% en el nombre de conductors amb lesions greus que havien consumit alcohol, una disminució del 5% en les lesions provocades per accidents i una disminució del 8% en les lesions provocades per accidents entre els joves de 16 a 25 anys. A més, es va notar una disminució dels casos de conductors que afirmaven haver conduït sota els efectes de l'alcohol (especialment entre els joves) així com l'excés de velocitat observat. Les reduccions més grans en accidents mortals i en què es van causar lesions es va trobar en el grup d'edat de 16 a 25 anys.

Diversos col·lectius s'organitzen per proporcionar viatges gratuïts especialment per als individus en estat d'embriaguesa a causa de l'alcohol. Una enquesta feta a 335 serveis de transport com a resposta a les trucades dels passatgers o dels locals on es consumia alcohol va identificar que l'obstacle més gran era la incapacitat d'utilitzar el vehicle del conductor en més del 15% dels programes (Harding, Apsler i Goldfein, 1998). Els conductors es mostraven reticents a l'hora de deixar els seus vehicles o tornar al lloc on havien consumit alcohol per recollir-los. Ross (1992) va proposar que una estratègia podria ser oferir a aquests individus viatges gratuïts en taxi als locals de consum alcohòlic. Això asseguraria que no podrien conduir i com a conseqüència, un bevedor excessiu es veuria forçat a trobar un transport alternatiu per tornar a casa, ja que no disposaria del seu vehicle al local on consumeix alcohol. Un estudi va demostrar que si el programa de conducció segura no s'hagués dut a terme, el 44% dels consumidors d'alcohol haurien agafat el cotxe per anar a casa seva (Sarkar *[et al.]*, 2005). Una tercera part dels consumidors d'alcohol no pensava que tingués control sobre l'elecció d'evitar conduir sota els efectes de l'alcohol.

Cursos educatius escolars

Una revisió sistemàtica de la literatura per avaluar l'efectivitat dels programes escolars amb l'objectiu de reduir la conducció sota els efectes de l'alcohol i evitar pujar als cotxes dels conductors que han consumit alcohol va identificar tretze estudis analitzats externament per experts o informes tècnics que complien els criteris específics de qualitat i incloïen resultats d'interès de l'avaluació (Elder [et al.], 2005). Els estudis van avaluar tres tipus d'intervencions: els programes educatius escolars, les organitzacions de la mateixa categoria i les campanyes de normativització social. Per als programes educatius, tot i que els efectes de mitjana de cinc estudis no van mostrar cap efecte en les persones que havien afirmat conduir sota els efectes de l'alcohol (Harre i Field, 1998; Klepp [et al.], 1995; Shope [et al.], 1996; D'Amico i Fromme, 2002; Sheehan [et al.], 1996), els efectes de mitjana de quatre estudis van mostrar una disminució de les persones que afirmaven haver pujat a un cotxe d'un conductor que havia consumit alcohol (Harre i Field, 1998; Newman [et al.], 1992; Wilkins, 2000; Sheehan [et al.], 1996). Només un estudi va observar els accidents i no va trobar cap efecte (Shope [et al.], 2001). Dos estudis sobre l'efectivitat de programes d'organització no van poder aportar cap evidència d'algun efecte (Leaf i Preusser, 1995; Klitzner [et al.], 1994). Dos estudis sobre programes de normatives socials sembla que van aconseguir reduir la conducció sota els efectes de l'alcohol i un ús més freqüent dels conductors designats (Cimini [et al.], 2002; Foss [et al.], 2001).

Programes comunitaris per a una conducció segura

Tot i que s'han utilitzat moltes vegades, els programes públics que difonen informació sobre la conducció sota els efectes de l'alcohol a través dels mitjans de comunicació de masses no han demostrat tenir cap efecte a l'hora de reduir els accidents relacionats amb l'alcohol (Haskins, 1985). Malgrat tot, els amplis programes de prevenció comunitaris que donen informació pública semblen ser efectius (Hingson [et al.], 1996; vegeu més avall).

Polítiques per reduir la conducció sota els efectes de l'alcohol

Resum

Les polítiques per reduir la conducció sota els efectes de l'alcohol més efectives inclouen taxes d'alcoholèmia més baixes, el control d'alcoholèmies sense restriccions (aleatori), la suspensió administrativa del permís de conduir, així com un límit d'alcoholèmia legal més baix i permisos de conduir progressius per als conductors joves (vegeu la taula 7.3). Mentre que els dispositius de blocatge d'arrencada es poden utilitzar com a mesura preventiva, la seva efectivitat per als infractors que condueixen sota els efectes de l'alcohol només es manté mentre el mecanisme està instal·lat al vehicle. No hi ha cap evidència de l'impacte efectiu dels programes de conductor designat i de conducció segura o dels cursos escolars educatius. Perquè siguin efectives, les lleis per reduir la conducció sota els efectes de l'alcohol s'han de promocionar. Si la població no està assabentada d'un canvi en la llei o un enduriment de la seva aplicació, és poc probable que tinguin conseqüències en la conducció sota els efectes de l'alcohol. Quan s'incorporen dins els programes comunitaris, les mesures contra la conducció sota els efectes de l'alcohol sembla que tenen una efectivitat més gran.

Taula 7.3: Índexs d'efectivitat per a les contramesures de conducció sota els efectes de l'alcohol.

	Efectivitat ¹	Extensió del suport a la recerca ¹	Relació cost-efectivitat ¹
Taxes d'alcoholèmia més baixes	+++	+++	+++
Control aleatori d'alcoholèmies	+++	++	+
Suspensió del permís de conduir	+++	++	++
Dispositius de blocatge d'arrencada	+	+	+
Taxa d'alcoholèmia més baixa per als joves	+++	++	+++
Permís de conduir progressiu	++	++	+++
Formació per a persones que serveixen begudes alcohòliques i responsabilitat civil	+	++	+
Conductors designats i serveis de transport	0	+	++
Cursos educatius escolars	?/0	+	+
Programes comunitaris	++	++	+

¹ Per consultar les definicions vegeu la taula 7.1.

Font: Babor [et al.] (2003) (modificada).

Impacte i costos de les mesures per reduir la conducció sota els efectes de l'alcohol

El programa Escollir intervencions amb bona relació cost-efectivitat de l'Organització Mundial de la Salut va calcular dos efectes independents sobre les lesions de trànsit relacionades amb l'alcohol: les lleis per evitar la conducció sota els efectes de l'alcohol, que s'estimava que havien de reduir les víctimes mortals de trànsit un 7% si s'implementaven extensament en una regió (Shults [et al.], 2001), ajustades segons el nivell actual d'implementació; i una aplicació del control aleatori d'alcoholèmies, que havien de reduir les víctimes mortals en un 6-10% més (Peek-Asa, 1999; Shults [et al.], 2001). El model va mostrar que la implementació total del control aleatori d'alcoholèmies (en comparació amb l'absència d'aquest) a tota la Unió Europea (UE) redueix entre 161 (països B d'Europa) i 460 (països C d'Europa) anys de vida ajustats per invalidesa per cada milió de persones l'any, amb un cost valorat entre 43€ (països C d'Europa) i 62 € (països B d'Europa) per cada 100 persones l'any (vegeu les figures 7.11 i 7.12 al final del capítol). El model va calcular que el control d'alcoholèmies sense restriccions a Europa, en comparació amb l'absència d'aquest control, pot estalviar 111.000 anys d'invalidesa i mort prematura amb un cost valorat en 233 milions d'euros cada any (adaptat de Chisholm [et al.], 2004).

Educació, comunicació i conscienciació pública

Aquest apartat tracta quatre àrees que s'agrupen dins l'encapçalament d'educació, comunicació, formació i conscienciació pública: els mitjans de comunicació de masses i la contrapublicitat, les pautes per al consum de baix risc, les etiquetes d'avertència de les begudes alcohòliques i l'educació a les escoles.

Els mitjans de comunicació de masses i la contrapublicitat

Tot i que la majoria de les aparicions de l'alcohol als mitjans de comunicació tenen el format d'anunci, els punts de vista de la salut pública i la seguretat també apareixen als mitjans de comunicació de masses. Els anuncis de servei públic a la televisió o la ràdio, la contrapublicitat pagada, les tanques publicitàries, els articles que apareixen a les revistes, les notícies o les històries figurades a la televisió i la ràdio intenten donar informació sobre els riscos i les complicacions associades amb el consum alcohòlic.

Els anuncis de servei públic són missatges elaborats per organitzacions no governamentals, autoritats sanitàries o organitzacions dels mitjans de comunicació que ofereixen informació per al bé d'una audiència específica. A diferència de la publicitat pagada, els anuncis de servei públic depenen del temps o l'espai cedit per a la difusió entre el públic. Quan es tracta de l'alcohol, els anuncis de servei públic normalment parlen del «consum responsable», els perills de conduir sota els efectes de l'alcohol i altres temes relacionats. Malgrat les bones intencions, es creu que els anuncis de servei públic són inefectius en comparació amb els missatges altament atractius que promouen el consum alcohòlic i apareixen molt més freqüentment com a anuncis pagats als mitjans de comunicació de masses (vegeu Ludwig, 1994; Murray *[et al.]*, 1996).

En molts casos, els missatges dels anuncis de servei públic pretenen incidir especialment en el consum alcohòlic entre els joves (Connolly *[et al.]*, 1994; Holder, 1994). Els estudis remarquen l'impacte limitat en el consum alcohòlic i els problemes relacionats amb l'alcohol de les intervencions dels mitjans de comunicació de masses que utilitzen una estratègia universal (Gorman, 1995). No obstant això, un estudi canadenc (Casiro *[et al.]*, 1994) va mostrar que després d'una campanya de televisió que mostrava els perills del consum alcohòlic durant l'embaràs, hi havia més dones que pensaven que consumir alcohol podria posar en perill el seu nadó i van atribuir aquesta informació a la televisió. En general, cal investigar més per constatar què perceben i entenen les audiències de les campanyes fetes als mitjans de comunicació de masses (Martin, 1995). Observar fins a quin punt els mitjans de comunicació defineixen l'agenda de polítiques públiques és potencialment molt més fructífer (Casswell, 1997). Per exemple, l'aparició de temes relacionats amb l'alcohol als mitjans (premsa, televisió i ràdio) tendeix a ser simplista, sensacionalista i dramàtica (Gusfield, 1995) i se centra en històries sobre l'experiència de persones individuals més que veure l'alcohol des d'una perspectiva social. Aquestes representacions generen preguntes interessants sobre fins a quin punt la manera d'explicar les notícies pot influir en les actituds socials i la política en matèria d'alcohol, però això no s'ha estudiat en profunditat.

La contrapublicitat consisteix a difondre informació sobre un producte, els seus efectes o la indústria que la promou per tal de disminuir el seu atractiu i el seu consum. És diferent

d'altres tipus de campanyes informatives perquè tracta directament el fet que el producte específic es promou a través de la publicitat (Stewart, 1997). Les tàctiques utilitzades inclouen etiquetes d'avertència sanitàries a l'envasament dels productes i missatges en els mitjans per incrementar la conscienciació pública de les tàctiques publicitàries d'una determinada indústria, així com missatges de prevenció a les revistes o a la televisió. La contrapublicitat també pot ser un mòdul dels programes comunitaris o dels programes de prevenció a les escoles (per exemple, Giesbrecht *[et al.]*, 1990; Greenfield i Zimmerman, 1993) i es pot utilitzar com a part d'una agenda múltiple d'accions d'una junta governamental de sistemes de venda al detall de licors (Goodstadt i Flynn, 1993).

En la majoria de països, el nombre d'anuncis de servei públic i de contrapublicitat sobre temes relacionats amb l'alcohol representen una petita part del nombre total d'anuncis d'alcohol, en el millor dels casos (veure Fedler *[et al.]*, 1994; Wyllie *[et al.]*, 1996) i s'emeten a la televisió molt poques vegades. A més, la qualitat de la contrapublicitat sovint és baixa. Un estudi fet a estudiants d'educació secundària a la regió de Mosel·la (França) (Pissochet *[et al.]*, 1999) va mostrar que els enquestats pensaven que la publicitat per prevenir els riscos de l'alcohol era menys efectiva que la publicitat de l'alcohol, i que les persones que consumien alcohol diàriament eren un tema molt més greu que els consumidors esporàdics o els no-consumidors.

Participació dels mitjans de comunicació

Malgrat tot, el màrqueting dels mitjans de comunicació es pot emprar per reforçar la consciència social dels problemes creats pel consum d'alcohol i preparar el terreny per a intervencions específiques (Casswell *[et al.]*, 1990; Holder i Treno, 1997). L'educació i les estratègies d'informació pública es poden utilitzar, a més de per intentar convèncer el consumidor individual perquè canviï el seu comportament, per aconseguir suport públic en estratègies de prevenció que han demostrat ser efectives (Casswell i Gilmore, 1989), que inclouen la limitació de la disponibilitat d'alcohol, contramesures per a la conducció sota els efectes de l'alcohol i la regulació i la reducció dels problemes relacionats amb l'alcohol en els entorns de consum. La participació en els mitjans de comunicació també es pot utilitzar per donar suport a un canvi en l'opinió pública per fer canvis en la política (Wallack *[et al.]* 1993), com per exemple, la implementació d'un etiquetatge estàndard als envasos de totes les begudes alcohòliques a Austràlia (Stockwell i Single, 1997).

Directrius per al consum alcohòlic de baix risc

Les investigacions epidemiològiques sobre els efectes del consum de baix risc d'alcohol en el cas de problemes cardiovasculars (vegeu el capítol 5) han creat pressions polítiques en alguns països perquè es proporcionés material promocional i educatiu sobre els beneficis del consum de baix risc d'alcohol. Les enquestes fetes a diferents països han identificat un augment del nombre d'adults que són conscients d'aquests beneficis per a la salut. Per exemple, a Nova Gal·les del Sud (Austràlia) el percentatge de persones que identificaven avantatges per a la salut va augmentar d'un 28% el 1990 a un 46% el 1994, i mencionaven sovint la relaxació (54%) i els beneficis cardiovasculars del consum de baix risc d'alcohol (39%) (Hall, 1995). En aquest context, a nombrosos països s'han adoptat directrius oficials o semioficials sobre «el consum de baix risc» (per exemple, Bondy *[et al.]*, 1999). Tenint en compte les complexes consideracions que existeixen darrere d'aquestes directrius, no és

sorprenent que variïn considerablement d'un país a un altre (Stockwell, 2001). Actualment, hi ha poques investigacions sobre l'impacte d'aquests missatges (Walsh [et al.], 1998). A més, no queda clar si s'espera que aquests missatges condueixin a disminucions o augments del consum i dels problemes relacionats amb l'alcohol (Casswell, 1993). A Dinamarca (Strunge, 1998) i a Anglaterra (Oficina del Consell de Ministres, 2003), els missatges de consum raonable basats en el concepte de consum unitari van tenir un impacte molt limitat en el comportament, tot i que incidien en el coneixement.

Etiquetes d'advertència a les begudes alcohòliques

Etiquetes d'advertència als EUA

ADVERTÈNCIA DEL GOVERN: (1) D'acord amb el director dels serveis estatals de salut pública, les dones no haurien de prendre begudes alcohòliques durant l'embaràs pel risc potencial que l'infant pateixi malformacions de naixement. (2) El consum de begudes alcohòliques disminueix les facultats per conduir un vehicle o manejar maquinària i pot causar problemes de salut.

Les etiquetes d'advertència que apareixen als envasos de les begudes i són obligatòries al Canadà i als Estats Units normalment fan èmfasi en el perill potencial de possibles malformacions de naixement durant l'embaràs i el perill de disminució de les facultats si es condueix o s'opera amb maquinària després de consumir alcohol, a més dels riscos per a la salut que això comporta. En alguns estats és obligatori penjar cartells d'advertència en els establiments que serveixen o venen alcohol. Als EUA, està prohibit anunciar missatges a favor de la salut a les etiquetes o els anuncis de begudes alcohòliques (Agència d'Impostos i Comerç d'Alcohol i Tabac, 2003). Les raons que expliquen aquesta decisió són les següents: (1) hi ha greus riscos per a la salut relacionats amb el consum alcohòlic, fins i tot en el cas de consum de baix risc; (2) els beneficis per a la salut del consum de baix risc d'alcohol no s'apliquen universalment, sinó només a un segment molt petit de la població; (3) hi ha molts grups de persones que s'haurien d'abstenir de consumir alcohol o haurien de reduir-ne el consum; (4) permetre missatges a favor de la salut aniria en contra de les etiquetes d'advertència del govern, i (5), els missatges explicatius no són suficients per aclarir els comunicats enganyosos de salut.

S'han dut a terme un seguit d'investigacions força àmplies sobre les etiquetes d'advertència obligatòries als envasos de begudes alcohòliques als Estats Units (Kaskutas, 1995). Els estudis indiquen que un percentatge considerable de la població ha vist les etiquetes d'advertència (Hilton, 1993; Graves, 1993; Greenfield [et al.], 1993; Kaskutas i Greenfield, 1992) i hi ha evidència que les etiquetes d'advertència poden augmentar la conscienciació pel que fa als riscos de conduir sota els efectes de l'alcohol i el consum alcohòlic durant l'embaràs (Kaskutas i Greenfield, 1992; Greenfield, 1997; Greenfield i Kaskutas, 1998; Greenfield [et al.], 1999; Kaskutas i Greenfield, 1997). També es va identificar certa evidència de la relació dosi-resposta entre les converses sobre l'embaràs i el consum alcohòlic durant aquest període i el nombre de tipus de missatges observats (Kaskutas [et al.], 1998). No s'ha observat un impacte directe de les etiquetes d'advertència en el consum o els problemes relacionats amb l'alcohol (MacKinnon [et al.], 2000; Grube i Nygaard, 2001; Agostinali i Grube, 2002). Malgrat

tot, si hi ha riscos per a la salut, especialment durant l'embaràs, i si es prenen medicaments, es condueix o es fa funcionar maquinària després d'haver consumit alcohol, els consumidors haurien d'estar informats d'aquests riscos, fins i tot si hi ha poca evidència de l'impacte de les etiquetes d'advertència.

Llei Evin francesa

S'ha d'incloure un missatge de les autoritats sanitàries a tots els anuncis d'alcohol:

L'abus d'alcool est dangereux pour la santé
(El consum de risc d'alcohol és perjudicial per a la salut)

Tot i que es disposa de poca evidència de l'impacte de les etiquetes d'advertència en les begudes alcohòliques per reduir els danys provocats per l'alcohol, els consumidors europeus haurien de rebre informació precisa i coherent sobre el potencial dels problemes relacionats amb l'alcohol.

Educació a les escoles

L'objectiu de la majoria de programes educatius escolars és canviar les idees sobre el consum alcohòlic, les actituds i el comportament dels adolescents, o modificar factors com les habilitats socials generals i l'autoestima, que es creu que són algunes de les causes del consum alcohòlic entre els adolescents.

Educació a les escoles

Tot i que s'ha investigat durant molts anys, els efectes de la majoria de programes a les escoles són pocs i és habitual que aquests programes fracassin. Això indica que, fins que no hi hagi més evidència d'efectivitat, no és una bona idea fer inversions importants utilitzant els pocs recursos de què es disposa en programes educatius escolars.

Estratègies d'informació

Les intervencions a les escoles que abans es duïen a terme es basaven únicament en estratègies d'informació i mostraven als estudiants els efectes i els perills del consum alcohòlic. S'ha vist que aquests programes no han estat efectius (Botvin [et al.], 1995a, 1995b; Hansen, 1994; Tobler, 1992). Tot i que aquests programes poden ampliar els coneixements i canviar les actituds pel que fa al consum alcohòlic, no han provocat cap canvi en el consum. A més, hi ha evidència del fet que donar informació sobre els perills de diferents substàncies pot augmentar-ne el consum en alguns casos (Hansen, 1980, 1982).

Estratègies de resistència i educació normativa

Les avaluacions científiques de les intervencions fetes a les escoles i a les universitats basades en la resistència i l'educació normativa han generat resultats heterogenis pel que fa a

l'alcohol, amb certa evidència d'efectivitat (Dielman, 1995; Botvin i Botvin, 1992; Hansen, 1992, 1993, 1994; Ellickson, 2003). Aquestes incloïen intervencions amb l'objectiu de reduir el consum perjudicial d'alcohol entre els estudiants universitaris (Baer [et al.], 1992, Marlatt [et al.], 1995, Marlatt [et al.], 2002), algunes de les quals eren programes d'identificació i d'intervenció (Marlatt [et al.], 1998; Baer [et al.], 2001) (vegeu més endavant) i programes educatius basats en el concepte de la norma social (per exemple, la necessitat de correspondre a allò que és acceptable per als altres companys) (Mattern i Neighbors, 2004; Kypri i Langley, 2003, Perkins, 2002). També, malgrat tot, es van fer crítiques de la metodologia i la disminució de l'efectivitat (Brown i Kreft, 1998; Foxcroft [et al.], 1997; Gorman, 1996, 1998; Paglia i Room, 1999).

El projecte Northland

El projecte Northland va ser una intervenció que es va dur a terme a escoles i a comunitats amb l'objectiu de prevenir o retardar l'inici del consum d'alcohol entre els adolescents joves en 10 comunitats del nord-est de Minnesota (Perry [et al.], 1993, 1996). La intervenció primària va consistir en una sèrie d'habilitats de resistència a les escoles, programes educatius emesos als mitjans de comunicació i sessions d'educació normativa. El programa també va donar informació als pares sobre el consum d'alcohol entre els adolescents. Els grups de treball d'algunes comunitats estaven implicats en dur a terme accions de política local, com aprovar lleis locals que exigien una formació per a un servei de begudes responsable. L'avaluació del projecte va demostrar que, tot i que va tenir una influència positiva en els coneixements i la comunicació familiar sobre l'alcohol, no va tenir cap impacte a llarg termini en el consum d'alcohol (Williams [et al.], 1995; Perry [et al.], 1996; Perry [et al.], 1998).

L'Estudi de consum inadequat d'alcohol i prevenció (AMPS, per les sigles en anglès) és molt usual en els programes educatius escolars i se centra en les pressions per consumir alcohol, els riscos del consum alcohòlic i les mesures per resistir a les pressions de consumir-ne (Shope [et al.], 1996a, 1996b). El programa AMPS va tenir efectes positius pel que fa al coneixement de l'alcohol (Shope [et al.], 1992), però va tenir poques conseqüències en el comportament de consum alcohòlic (Shope [et al.], 1996a). Altres programes per desenvolupar habilitats de resistència a les escoles han obtingut resultats semblants (Botvin [et al.], 1995a; Klepp [et al.], 1995).

Un bon exemple d'un estudi ben dissenyat és el Projecte de salut i de reducció dels problemes relacionats amb l'alcohol a les escoles (estudi SHAHRP) dut a terme a Austràlia, que tenia com a objectiu reduir els problemes relacionats amb l'alcohol entre els estudiants de centres de secundària (McBride [et al.], 2004). L'estudi va demostrar que el grup intervingut (en el qual els adolescents de 13 anys van rebre de 8 a 10 sessions d'entre 40 i 60 minuts sobre activitats basades en habilitats per minimitzar els danys, i es van dur a terme dotze activitats més basades en habilitats durant 5-7 setmanes per als adolescents de 14 anys) consumia considerablement menys alcohol al cap de 8 mesos de seguiment, després de la primera fase d'intervenció (31% de diferència). Malgrat tot, en el seguiment final, 17 mesos després de la intervenció, la quantitat total d'alcohol consumit durant la intervenció i

la seva comparació va disminuir fins a un 9% de diferència. Després de la primera fase del programa, en un seguiment fet al cap de 8 mesos, es va observar que els estudiants intervinguts tendien a consumir per sota dels nivells de risc (26% de diferència), però 17 mesos després que finalitzés el programa, la diferència era només del 4% (vegeu la figura 7.1). Hi havia diferències importants entre els grups d'estudi sobre els danys que comunicaven els estudiants relacionats amb el seu consum alcohòlic després de les dues fases d'intervenció, que es van mantenir al cap de 17 mesos després de la intervenció (23% de diferència).

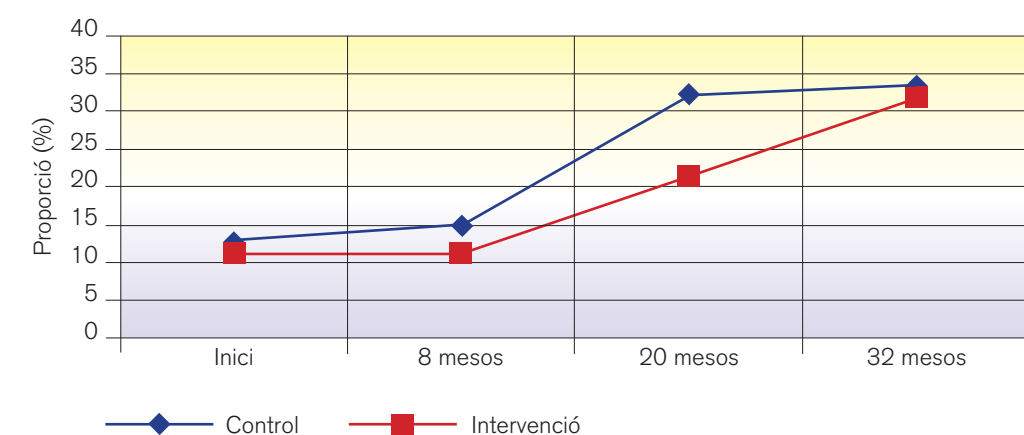


Figura 7.1: L'impacte de dues sessions educatives (després de l'inici i un any després) sobre els episodis de consum intensiu entre els adolescents d'entre 13 i 15 anys en el grup d'intervenció en comparació amb el del grup de control (on no es van fer sessions educatives).

Font: McBride [et al.], (2004).

Programes educatius emesos als mitjans de comunicació

Altres iniciatives dutes a terme a les escoles han utilitzat els programes educatius emesos als mitjans de comunicació per ensenyar als joves a no deixar-se influenciar per la publicitat relacionada amb l'alcohol, i això ha tingut petits efectes positius (Austin i Johnson, 1997) en la resistència a aquest tipus de publicitat (Slater [et al.], 1996) i en la reducció del consum alcohòlic, així com del nombre de vegades que els joves van estar en entorns d'alt risc social on era probable que es consumís alcohol (Canzer, 1996).

El projecte de prevenció de la regió central dels EUA

El projecte de prevenció de la regió central dels EUA es va implementar a 50 escoles públiques de 15 comunitats de l'estat de Kansas (EUA). Es va dur a terme una rèplica a 57 escoles i 11 comunitats en un altre estat. La intervenció constava de 5 components: (a) un programa de 10-13 sessions a les escoles amb 5 sessions de reforç; (b) un programa als mitjans de comunicació; (c) un programa educatiu i d'organització per als pares; (d) la formació de líders a la comunitat, i (e) canvis en la política local liderats per l'organització de la comunitat. Les diferències entre el programa i les escoles comparades sobre la prevalença comunicada per les mateixes persones pel que fa al consum d'alcohol mensual van ser considerables al cap d'un any (MacKinnon [et al.], 1991; Pentz [et al.], 1989) però no van canviar després de 3 anys (Johnson [et al.], 1990).

Intervencions per a famílies i comunitats

Alguns programes inclouen tant l'educació individual com les intervencions per a famílies o comunitats (Werck [et al.], 2003; Bauman [et al.], 2002; Turrisi [et al.], 2001). Les avaluacions ben dissenyades indiquen que fins i tot els programes extensos de prevenció a les escoles poden ser insuficients per retardar l'inici en el consum alcohòlic o mantenir una petita reducció en el consum alcohòlic després de la implementació del programa. (Perry [et al.], 1993, 1996, 1998; Williams [et al.], 1995; MacKinnon [et al.], 1991; Pentz [et al.], 1989; Johnson [et al.], 1990).

En un termini més llarg (més de 3 anys), el Programa de reforç per a les famílies (SFP, per les sigles en anglès), va demostrar ser una intervenció de prevenció efectiva i va definir un nombre necessari per tractar (NNT) per a tres comportaments d'iniciació a l'alcohol (consum alcohòlic, consum alcohòlic sense permís i primera embriaguesa) de 9 (Spoth [et al.], 2001a, 2001b) (vegeu la figura 7.2). Això significa que nou estudiants han de seguir el programa perquè un se'n beneficiï. Un altre estudi també va remarcar el valor potencial de la formació de l'entrenament en habilitats centrades en la cultura a llarg termini (NNT = 17 sobre 3,5 anys per 4 o + begudes durant l'última setmana) (Schinke [et al.], 2000). Això significa que 17 estudiants han de seguir el programa perquè un se'n beneficiï.

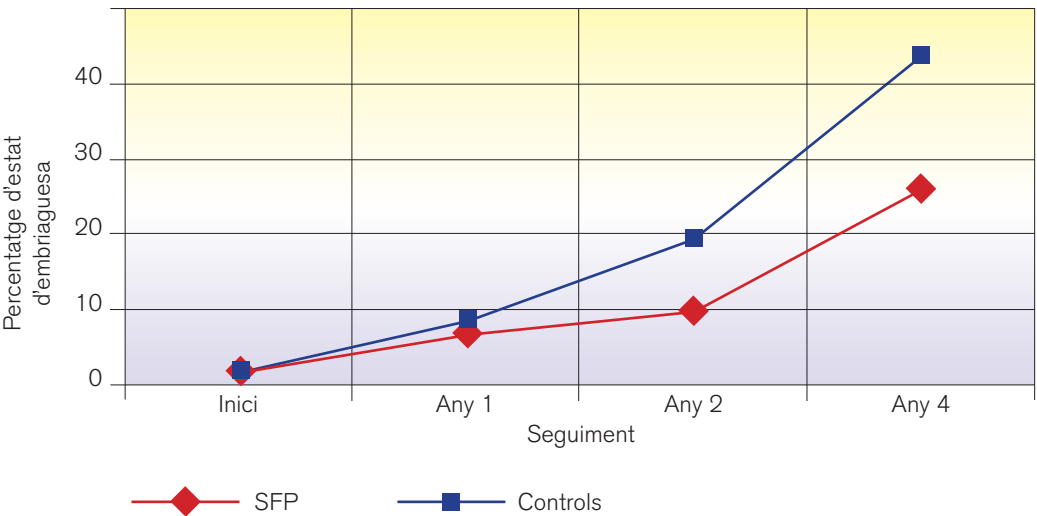


Figura 7.2: L'impacte del Programa de reforç per a les famílies sobre l'estat d'embriaguesa.

Font: Spoth [et al.] (2001a, 2001b).

Una revisió de Cochrane sobre la prevenció a llarg termini de la prevenció primària en joves va demostrar que 23 dels 56 estudis analitzats eren inefectius a curt termini (vegeu la taula 7.4) (Foxcroft [et al.], 2003). La revisió no va poder extreure cap conclusió sobre l'efectivitat de les intervencions de prevenció a curt i a mitjà termini.

Taula 7.4: Efectivitat dels programes de prevenció primària per a joves a curt, mitjà i llarg termini.

Font: Foxcroft [et al.], 2004.

Seguiment:	Parcialment efectiu	Inefectiu	Efecte «negatiu»
Curt termini (1 any o menys)	14	23	3
Mitjà termini (1-3 anys)	13	19	2
Llarg termini (més de 3 anys)	3	6	0

Es pot millorar l'èxit dels programes educatius?

S'han fet diverses propostes sobre com es pot millorar l'impacte dels programes educatius escolars (Marlatt [et al.], 2002, Hawks [et al.], 2002, McBride, 2002, 2003, 2005). Segons l'evidència dels programes efectius, s'indica que els programes poden millorar si:

- S'adopta un disseny de recerca adequat.
- S'encoratja els planificadors de programes perquè adoptin una fase formativa de desenvolupament que implica parlar amb la gent jove i provar la intervenció amb joves i professors.
- S'ofereix el programa en períodes rellevants durant el desenvolupament de la gent jove.
- S'assegura que els programes són interactius i es basen en el desenvolupament d'activitats.
- S'estableixen objectius per al canvi en el comportament que siguin rellevants i incloguin tots els joves.
- S'inclouen sessions de reforç en anys posteriors.
- S'inclou informació que sigui d'ús pràctic directe per als joves.
- S'inclou formació adequada dels professors per fer un programa interactiu.
- Es fan programes efectius que es puguin oferir àmpliament.
- S'adopten estratègies de màrqueting que augmentin l'exposició de programes efectius.

Aquestes millores en la investigació educativa a les escoles i en el desenvolupament de programes no es poden dur a terme si no hi ha una implementació pràctica dels programes a les escoles. La identificació de barreres i estratègies que aconseguixin implementar una educació sobre l'alcohol efectiva és important. La implementació basada en l'evidència i la investigació pràctica milloraran aquest desenvolupament i reforçaran l'educació sobre l'alcohol a les escoles com una estratègia important d'una proposta comunitària per tractar els temes relacionats amb l'alcohol i els joves. La inversió pública en educació sobre l'alcohol a les escoles hauria de complementar-se amb el finançament de recerca per millorar la pràctica i la formació adequada per assegurar que es compleixen els estàndards de qualitat.

Polítiques per donar suport a l'educació, la comunicació, la formació i la conscienciació pública

Resum

Els anuncis de servei públic, les campanyes públiques d'educació i especialment les campanyes que incideixen en les pautes per al consum alcohòlic de baix risc tenen una evidència d'efectivitat limitada, tot i que les estratègies de participació dels mitjans de comunicació són importants per aconseguir suport públic i realitzar canvis polítics (vegeu la taula 7.5). Malgrat disposar d'evidència limitada sobre l'impacte de les etiquetes d'avertència, la protecció dels consumidors i els seus drets són motius de força perquè s'utilitzin. Tot i que hi ha exemples que mostren l'impacte positiu de l'educació a les escoles per als individus, les revisions sistemàtiques i les metanàlisis han identificat que la majoria d'estudis ben avaluats no mostren cap impacte, fins i tot a curt termini. Un programa que fracassa massa sovint no es pot considerar una opció per a una política efectiva. Els programes per a les famílies poden funcionar, però només s'han avaluat en un context específic als EUA i cal que s'investigui més. Es disposa d'experiència considerable sobre les que podrien ser les millors pràctiques dels programes educatius escolars, però actualment l'evidència no és convincent pel que fa a la seva efectivitat. Això no vol dir que no s'hagin de fer programes educatius, ja que les persones necessiten estar informades sobre el consum alcohòlic i els danys que provoca, però l'educació a les escoles no s'hauria de veure com l'única solució per reduir els problemes relacionats amb l'alcohol.

Taula 7.5: Índexs d'efectivitat de l'educació i la conscienciació pública.

	Efectivitat ¹	Extensió del suport a la recerca ¹	Relació cost-efectivitat ¹
Missatges de servei públic	O	+++	++
Etiquetes d'avertència	O	+	+++
Educació sobre l'alcohol a les escoles	O/+	+++	+

¹ Per consultar les definicions vegeu la taula 7.1.

Font: Babor [et al.] (2003) (modificada).

Impacte i costos de les mesures educatives

A causa de la manca d'evidència convincent, el programa Escollir intervencions amb bona relació cost-efectivitat no va avaluar l'impacte o els costos de les intervencions educatives.

Regulació del mercat de l'alcohol

Aquest apartat avalua l'impacte de tres mesures diferents per regular el mercat de l'alcohol: el preu i les mesures impositives, les restriccions quant a disponibilitat i la publicitat, la promoció i el patrocini. Tot i que cada una d'aquestes mesures s'avaluen per separat, aquestes no s'apliquen de manera aïllada.

Mesures quant al preu i els impostos per reduir els problemes relacionats amb l'alcohol

L'impacte dels canvis de preu en el consum alcohòlic i els problemes relacionats amb l'alcohol s'ha investigat molt més àmpliament que qualsevol altra mesura política potencial sobre l'alcohol (Ornstein, 1980; Ornstein i Levy, 1983; Godfrey, 1988; Leung i Phelps, 1991; Österberg, 1995; USDHHS, 1997; Österberg, 2001).

Els impostos de l'alcohol

Si els impostos de l'alcohol s'utilitzessin per encarir el preu de l'alcohol a la UE15 en un 10%, s'evitarien més de 9.000 morts l'any següent i es guanyarien al voltant de 13.000 milions d'euros d'ingressos en concepte d'impostos addicionals.

Es disposa d'estudis econòmics dels següents països europeus: Àustria, Bèlgica, Dinamarca, Alemanya, Finlàndia, França, Irlanda, Itàlia, els Països Baixos, Noruega, Polònia, Portugal, Espanya, Suècia i el Regne Unit (Ahtola [et al.], 1986; Huitfeldt i Jorner, 1972; Lau, 1975; Ornstein, 1980; Ornstein i Levy, 1983; Olsson, 1991; Edwards [et al.], 1994, Österberg, 1995, 2000). Les elasticitats respecte al preu de les begudes alcohòliques calculades en diferents estudis han mostrat que si els altres factors no canvien, un augment de preu normalment provoca una disminució del consum alcohòlic, i una disminució del preu normalment provoca un augment del consum alcohòlic, tot i que la quantitat d'elasticitat a vegades depèn de l'absència o presència relativa d'altres mesures polítiques en matèria d'alcohol (Farrell [et al.], 2003; Trolldal i Ponicki, 2005).

Una anàlisi de les dades anuals d'Austràlia, el Canadà, Finlàndia, Nova Zelanda, Noruega, Suècia i el Regne Unit des de mitjan dècada dels anys cinquanta fins a mitjan dècada dels anys vuitanta va mostrar elasticitats respecte al preu de -0,35 per a la cervesa, -0,68 per al vi i -0,98 per als licors (Clements [et al.], 1997). Això significa que si el preu de la cervesa s'apuja un 10%, el consum de cervesa disminuirà un 3,5%; si el preu del vi augmenta un 10%, el consum de vi caurà fins a un 6,8%; i si el preu dels licors augmenta un 10%, el consum de licors disminuirà fins a un 9,8%. Hi ha diferències entre els països i dins dels mateixos països pel que fa a com reaccionen els consumidors davant dels canvis de preu al llarg del temps. Això es reflecteix en la diversitat dels valors d'elasticitat-preu en els diferents estudis de qualsevol país (Österberg, 1995; Chaloupka, Grossman i Saffer, 2002). Les revisions dels models de demanda del 1989 i el 1990 al Regne Unit van mostrar que la demanda de cervesa, vi i licors destil·lats era generalment inelàstica respecte al preu, i la demanda de vins i licors destil·lats era més sensible als preus que la demanda de cervesa (Godfrey, 1989, 1990). Unes estimacions més recents van mostrar elasticitats respecte al preu de -0,48 per a la cervesa consumida als establiments, -1,03 per a la cervesa comprada i consumida fora dels establiments, -0,75 per al vi i -1,31 per als licors (Huang, 2003).

Quadre 7.1: Elasticitats respecte al preu

Els economistes i els estudis econòmics utilitzen el terme **elasticitat** per mesurar fins a quin punt el consum d'alcohol o els problemes relacionats amb l'alcohol canvien quan el preu de l'alcohol canvia.

Elàstic respecte al preu. L'alcohol és **elàstic respecte al preu** quan el tant per cent de canvi en la quantitat d'alcohol consumit és **superior** al tant per cent de canvi en el preu.

Inelàstic respecte al preu. L'alcohol és **inelàstic respecte al preu** quan el tant per cent de canvi en la quantitat d'alcohol consumit és **inferior** al tant per cent de canvi en el preu.

Per exemple, una elasticitat de -2 significaria que un augment del 10% en el preu de l'alcohol provocaria un 20% de disminució en el consum, i seria elàstic respecte al preu.

Inelàstic respecte al preu **no significa** que el consum no sigui sensible al preu. No més significa que el canvi proporcional és inferior.

Els canvis en el consum alcohòlic no només estan condicionats pels canvis de preu, sinó també pels canvis en els ingressos. L'Estudi europeu comparatiu sobre l'alcohol va analitzar les elasticitats respecte al preu i els ingressos (mesurats segons la despesa) de l'alcohol del 1960 al 1990 a 14 països europeus (vegeu la taula 7.6) (Lepannen [et al.], 2000).

Taula 7.6: Elasticitats mitjanes de la demanda d'alcohol en els països europeus seleccionats entre els anys 1980-1995.

País	Elasticitats	
	Preu de l'alcohol	Ingressos (mesurats a partir de la despesa en alcohol ajustada segons el poder adquisitiu del consumidor)
Àustria	-0,026	0,930
Bèlgica	-0,438	1,083
Dinamarca	-0,573	0,414
Finlàndia	-0,680	0,761
França	-0,308	0,520
Grècia	-0,199	0,469
Irlanda	-0,392	0,542
Itàlia	-0,087	0,890
Països Baixos	-1,688	0,769
Noruega	-1,308	0,879
Portugal	-0,166	0,917
Espanya	-0,314	0,868
Suècia	-0,855	1,200
Regne Unit	-0,681	0,620
Mitjana	-0,551	0,776

Font: Lepannen [et al.] (2000).

Les elasticitats respecte al preu indiquen que la demanda de begudes alcohòliques és més fàcilment controlable amb els impostos als països del nord d'Europa que en altres llocs. La demanda sembla ser menys sensible als preus als països del sud d'Europa. Tot i que als països del nord d'Europa els preus de les begudes alcohòliques són relativament alts a causa dels impostos, el valor calculat de les elasticitats respecte al preu va indicar que els impostos no s'establien al nivell màxim d'ingressos per impostos fins i tot en aquests països. Això vol dir que les taxes podien haver estat més altes i generar més ingressos per impostos als governs. Entre els anys seixanta i noranta les elasticitats respecte al preu van convergir separatament entre els països del nord i el sud d'Europa.

Els valors semblants entre les elasticitats per ingressos indiquen que els consumidors perceben les begudes alcohòliques com a productes normals, i no com a productes de luxe. Entre els anys seixanta i noranta, les elasticitats respecte a les despeses convergien a tots els països europeus.

El preu de l'alcohol i la despesa dels consumidors en alcohol representava més de la meitat (56%) de la variació de consum alcohòlic entre els països (Lepannen [et al.], 2004). Tot i això, si es tenen en compte les diferents característiques culturals dels països en si mateixos, el preu i la despesa representaven l'11% de la variació del consum alcohòlic entre els països. Finalment, la variació en els nivells de consum alcohòlic va disminuir quan els preus es van fixar al mateix nivell entre els països, però sembla que va augmentar sensiblement quan les despeses reals es van igualar entre els països. Això indica que el preu és més important que la despesa a l'hora d'establir una convergència del consum alcohòlic entre els països.

Preu i preferències de beguda

A partir de l'estudi d'una sèrie d'ajustament de preus fets per Systembolaget (el monopoli d'alcohol suec) entre el 1984 i el 1993, es poden estudiar les respostes dels consumidors als canvis en els models de preus (Ponicki [et al.], 1997; Gruenewald [et al.], 2000a). Les begudes es van classificar segons la qualitat (baixa, mitjana i alta) i els tipus de beguda (cervesa, vi i licors, segons els preus reals del 1990). També es van estudiar els impactes dels canvis en els preus reals d'aquestes begudes (en tots els tipus de qualitat) sobre el consum de cada classe de qualitat i entre les classes de qualitat. Augmentar els preus en les classes de qualitat va disminuir les vendes dins les classes, mentre que les vendes van augmentar en classes de qualitat més baixa segons els tipus de beguda. Un augment fix de preu a totes les begudes va provocar un 1,7% de descens en les vendes, un augment de preu en les begudes de més alta qualitat va provocar un 2,8% d'augment en les vendes, i un augment de preu en les begudes de qualitat més baixa va provocar un 4,2% de descens en les vendes d'alcohol.

Un altre experiment natural es va dur a terme a Suïssa amb la reforma dels impostos dels licors, que va entrar en vigor l'1 de juliol del 1999. Anteriorment, l'impost per litre d'alcohol pur per als licors del país era de 26 francs suïssos i per als licors estrangers d'entre 32 i 58 francs suïssos, depenent del tipus de beguda i el seu contingut d'alcohol. La reforma fiscal també va liberalitzar la importació de licors. El resultat va ser una reducció d'entre el 30% i el 50% del preu de venda al detall dels licors de fora del país. Els preus dels licors del país, això no obstant, no van canviar. El consum de licors va augmentar considerablement (en un 28,6%) a la mostra total, i específicament en homes joves i individus que al principi

eren consumidors de nivells baixos d'alcohol (Heeb [et al.], 2003). El consum alcohòlic, en general, tant de vi com de cervesa, no va canviar considerablement. No es van identificar efectes de substitució. Els problemes relacionats amb l'alcohol també van augmentar considerablement. Malgrat tot, la importància va desaparèixer després de controlar el consum de licors, la qual cosa indica que l'augment dels problemes relacionats amb l'alcohol durant el seguiment majoritàriament estava justificat pel consum més elevat de licors.

Efectes del preu entre els joves i els bevedors amb consum de risc

Els estudis han demostrat que els augments de preu de l'alcohol redueixen el consum alcohòlic entre els joves, i que això té un impacte més gran en els bevedors amb consum de risc o de més freqüència que en els consumidors esporàdics o de quantitats baixes d'alcohol (Grossman [et al.], 1987; Coate i Grossman, 1998; Laixuthai i Chaloupka, 1993; Chaloupka i Wechsler, 1996; Cook i Moore, 2002). Més enllà dels nivells de consum alcohòlic, també s'ha vist que el preu influeix en les intoxicacions. Una àmplia enquesta feta als EUA va trobar que un 10% d'augment en el preu disminuiria el nombre d'intoxicacions etíliques mensuals en un 8% (la intoxicació es defineix com el consum de més de 5 begudes en una ocasió; Sloan [et al.], 1995). L'impacte dels impostos sobre l'alcohol varia segons l'edat i l'impacte de l'augment d'edat dels joves possiblement sobrepassa l'impacte del preu (Gius, 2005).

Tot i que les begudes alcohòliques sembla que actuen igual que la majoria dels altres béns de consum en el mercat, la demanda de begudes alcohòliques en alguns consumidors pot variar respecte a la d'altres productes a causa de la naturalesa addictiva de l'alcohol. La naturalesa addictiva de l'alcohol implica que un augment del consum alcohòlic en el passat augmentaria el consum actual; i per tant, l'elasticitat respecte al preu a curt termini, que mantindria el consum constant en el passat, seria menor que el valor absolut de l'elasticitat respecte al preu a llarg termini, que permet que el consum en el passat variï. Per exemple, un augment de preu l'any 2004 reduiria el consum per a aquest mateix any, amb un consum constant en els anys anteriors. A causa de la naturalesa addictiva de l'alcohol, s'esperaria que el consum durant l'any 2005 i els propers anys també decaigués. Com a conseqüència, la reducció del consum observada durant diferents anys (és a dir, a llarg termini) després de l'augment de preu, excediria la reducció observada l'any 2004 (és a dir, a curt termini). Si s'estudia la relació entre el preu i el consum alcohòlic en adults joves de 17 a 29 anys, es veu que aquest és el cas (Grossman [et al.], 1998). Si no es té en compte el consum d'anys anteriors (i per tant els aspectes addictius de l'alcohol) l'elasticitat-preu de la demanda d'alcohol va ser de $-0,29$. No obstant això, quan es va tenir en compte el consum d'anys anteriors (i per tant els aspectes addictius de l'alcohol) l'elasticitat-preu de la demanda estimada a llarg termini va ser més del doble, $-0,65$, la qual cosa indica que el preu tenia una influència molt més gran en el consum alcohòlic. Això també significa que aproximadament una meitat de la raó perquè els adults joves que són bevedors amb consum de risc no redueixen el seu consum és la dificultat (costos) de superar la naturalesa addictiva de l'alcohol.

Preu de l'alcohol i consum d'altres drogues

També és important conèixer l'impacte dels canvis de preu de l'alcohol en el consum d'altres substàncies. Un estudi anglès fet a 43 consumidors de múltiples substàncies va estudiar la influència del preu en les hipotètiques compres d'alcohol, amfetamines, cocaïna i èxtasi. Mentre el preu de l'alcohol pujava, es va veure que les amfetamines substituïen l'alcohol

en certa mesura, es consumia més cocaïna juntament amb alcohol, i el consum d'èxtasi es mantenia independent (Sumnall [et al.], 2004). No se sap com es tradueix això al món real i entre els no-consumidors de múltiples substàncies.

Efectes del preu en la dependència i la freqüència de consum

Augmentar el preu de l'alcohol redueix el consum de quantitats elevades d'alcohol (Coate i Grossman, 1988; Kenkel, 1993, 1996; Manning [et al.], 1995) així com la dependència de l'alcohol (Farrell [et al.], 2003).

Efectes del preu en els problemes relacionats amb l'alcohol

Una àmplia sèrie d'estudis han demostrat que l'augment del preu de l'alcohol i la cervesa redueix els accidents de trànsit per carretera i les víctimes mortals entre les persones de totes les edats, però especialment entre els conductors més joves (Saffer i Grossman, 1987a,b; Kenkel, 1993; Ruhm, 1996; Chaloupka i Laixuthai, 1997; Dee, 1999; Mast [et al.], 1999; Dee i Evans, 2001; Chaloupka [et al.], 2002; Saffer i Chaloupka, 1989; Evans [et al.], 1991; Chaloupka [et al.], 1993, Sloan [et al.], 1994a; Mullahy i Sindelar, 1994a). Per exemple, una política que hagués ajustat l'impost de la cervesa a Estats Units segons la taxa d'inflació des del 1951 fins a mitjan dècada dels anys vuitanta hauria reduït el total de víctimes mortals en accidents de trànsit per carretera un 11,5%, i les víctimes mortals entre els joves de 18 a 20 anys, un 32,1% (Chaloupka [et al.], 1993).

Els augments dels preus de l'alcohol redueixen els índexs de mort per cirrosi (Grossman, 1993; Cook i Tauchen, 1982), les lesions intencionades i no intencionades (Sloan [et al.], 1994; Grossman i Markowitz, 1999), les lesions als llocs de treball (Ohsfeldt i Morrissey, 1997) i els índexs de malalties de transmissió sexual (Chesson [et al.], 2000). Al Regne Unit, s'ha estimat que un augment del 10% en els preus de les begudes alcohòliques provocaria una caiguda de la mortalitat per cirrosi d'un 7% entre els homes i un 8,3% entre les dones, una disminució de les víctimes per homicidi d'un 5% entre els homes i un 7,1% entre les dones, i una disminució de morts per causes explícitament relacionades amb l'alcohol d'un 28,8% entre els homes i un 37,4% entre les dones (dependència de l'alcohol, intoxicació, etc.) (Acadèmia de les Ciències Mèdiques, 2004). S'ha vist que apujar el preu de la cervesa provoca una reducció de les violacions i els robatoris (Cook i Moore, 1993), els homicidis (Sloan [et al.], 1994) els delictes (Saffer, 2001), el maltractament infantil (Markowitz i Grossman, 1998; Markowitz i Grossman, 2000), el maltractament a les dones (Markowitz, 2000), la violència a les universitats (Grossman i Markowitz, 2001) i les lesions relacionades amb la violència (Matthews [et al.], 2005).

Impacte i costos de les mesures impositives

Si s'utilitzen les elasticitats del projecte ECAS (Leppänen, Sullström i Suoniemi, 2001) és possible calcular l'efecte d'un augment dels impostos que faria pujar el preu de l'alcohol en un 10% a cada país. Caldria remarcar que en aquest cas no es té en compte cap augment en el contraban o les compres legals transfrontereres per falta de dades; a la pràctica, les decisions sobre polítiques tindrien en compte els canvis anticipats en aquestes àrees. Si s'utilitza l'anàlisi del projecte ECAS es pot predir que els països del sud d'Europa experimentarien una disminució del consum d'un 2%, mentre que la disminució al centre d'Europa seria d'un 5% i al nord d'Europa d'un 8%. Si aquestes estimacions es combinen amb l'anàlisi ECAS sobre l'efecte dels canvis de consum en la salut (Norström [et al.], 2001), es pot es-

timar que un augment del preu del 10% evitaria més de 9.000 morts anuals a la UE15. Això també inclouria més d'un 4% menys de morts per malalties hepàtiques en el cas dels homes (i un 3% entre les dones), un 1% menys de morts per accident entre homes i dones, i un 5% menys de morts per homicidi entre els homes. A més, a Finlàndia, Suècia i Noruega, on els efectes del preu (sobre el consum) i el consum (sobre els danys) són més notables, s'estima que hi hauria un 6-7% de disminució en les morts per suïcidi i accidents, juntament amb un 20% de disminució de les morts directament relacionades amb l'alcohol per als homes i un 40% de disminució entre les dones.

Des del punt de vista dels comptes públics, es pot estimar aproximadament que un augment del 10% en el preu també representaria prop de 13.000 milions d'euros d'ingressos addicionals per impostos a la UE.³ Això és probable que sigui una estimació a l'alça, ja que no es té en compte el contraban, les compres legals transfrontereres o l'efecte de l'augment de preu en totes les begudes al mateix temps (en comparació amb les elasticitats de cada beguda). Fins i tot si es té en compte això i només s'observa una beguda,⁴ una anàlisi oficial detallada del Regne Unit mostra que els impostos dels licors podrien augmentar un 40% abans d'aconseguir els ingressos màxims (Huang, 2003). El potencial de l'augment dels ingressos derivats de la tributació fins i tot en un país amb impostos relativament alts com el Regne Unit es va demostrar de nou quan es van estudiar la cervesa i el vi: els impostos vigents eren molt més baixos que el punt d'ingrés màxim, que va ser impossible determinar.

Mesures quant al preu

Resum

Un augment del preu de l'alcohol redueix el consum alcohòlic, el consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol, la dependència de l'alcohol, els problemes relacionats amb l'alcohol i els danys causats a tercers (vegeu la taula 7.7). La dimensió exacta de l'efecte variarà a cada país i segons la beguda. Es disposa de molta evidència sobre l'efectivitat dels impostos de l'alcohol a l'hora d'incidir en la gent jove i els problemes relacionats amb l'alcohol.

Taula 7.7: Índexs d'efectivitat del preu i els impostos.

	Efectivitat ¹	Extensió del suport a la investigació ¹	Relació cost-efectivitat ¹
Impostos	+++	+++	+++

¹ Per consultar les definicions vegeu la taula 7.1.

Font: Babor [et al.] (2003).

³ L'augment de l'impost d'un canvi del 10% en el preu es calcula a partir de les dades de la proporció de l'impost en el preu segons l'Informe sobre la situació mundial de l'alcohol 2004 de l'OMS (OMS, 2004). El registre de l'impost canviat es calcula per cada beguda separatament de l'impost per litre d'alcohol pur (extret de l'organització de la indústria de licors CEPS), els canvis en el consum a partir dels augments dels impostos (vegeu més amunt), el consum adult per capita i la població adulta (ambdós de la base de dades Salut per a tots de l'OMS).

⁴ L'estimació del Regne Unit per als licors inclou l'efecte dels canvis de preu en els *licors* en el consum de *cervesa* i *vi* (efecte conegut com *elasticitat creuada respecte al preu*). Això provoca una reducció de l'impost amb el qual s'obtenen els màxims ingressos derivats de la tributació en aquest cas. Malgrat tot, és molt difícil calcular l'efecte dels augments simultanis de preus en diferents tipus de begudes, la qual cosa explica el perquè dels efectes de les pujades específiques segons el tipus de beguda.

Impacte i costos

El programa Escollir intervencions amb bona relació cost-efectivitat de l'Organització Mundial de la Salut va calcular l'impacte d'un impost sobre l'alcohol fixat al nivell actual i augmentat en un 25%, en comparació amb l'absència d'impostos, i ajustat segons el nivell observat o esperat del consum no registrat (com una mesura indirecta per al consum lliure d'impostos) per la producció il·legal i el contraban, utilitzant les elasticitats respecte al preu publicades (Ornstein i Levy, 1983; Babor [et al.], 2003). El model va calcular que el nivell actual d'impostos més un 25% d'augment poden evitar entre 503 (països B d'Europa) i 1.576 (països A d'Europa) anys de vida ajustats per invalidesa per cada milió de persones i any, amb un cost d'entre 18 euros (països C d'Europa) i 38 euros (països A d'Europa) per cada 100 persones cada any (vegeu les figures 7.11 i 7.12 al final del capítol). El model va estimar que el nivell actual d'impostos més un 25% d'augment en els impostos de tot Europa, en comparació amb l'absència d'impostos sobre l'alcohol, pot evitar uns 656.000 anys d'invalidesa i mort prematura amb un cost estimat de 159 milions d'euros cada any (adaptat de Chisholm [et al.], 2004).

Restriccions sobre la disponibilitat d'alcohol

Prohibicions totals o parcials de la venda d'alcohol

A partir de les avaluacions històriques dels períodes de prohibició a Amèrica del Nord i als països nòrdics (Aaron i Musto, 1981; Paulson, 1973), i dels estudis de prohibicions actuals més limitades, es veu clarament que les prohibicions totals sobre la producció i les vendes d'alcohol poden reduir els problemes relacionats amb l'alcohol (Chiu [et al.], 1997; Bowerman, 1997). Malgrat tot, als llocs on hi ha hagut una demanda important d'alcohol il·legal, els operadors il·legals han estat qui han fet d'intermediaris, normalment amb violència associada a l'aplicació del mercat il·legal (Johansen, 1994; Österberg i Haavisto, 1997).

La prohibició total és políticament inacceptable a l'Europa contemporània, fins i tot si existeix el potencial per reduir els problemes relacionats amb l'alcohol. Malgrat tot, això no vol dir que les prohibicions de les vendes d'alcohol per a grups específics de la població (per exemple, els nens i adolescents, vegeu més avall) o en circumstàncies específiques (d'Abbs i Togni, 2000) no es puguin aplicar amb un èxit demostrat.

Restriccions en l'opció de comprar i vendre alcohol

A mitjan segle xx, les àmplies restriccions sobre qui podia comprar alcohol eren força usuals. L'exemple més clar d'aquests controls era el sistema Bratt de Suècia, on un esquema de racionament assignava un límit a cada adult sobre el nombre de licors que podia comprar (Tigerstedt, 2000). Altres tipus de sistemes incloïen els que podien prohibir que els consumidors d'alcohol que havien comès agressions violentes entressin als bars i cafès.

Mentre el racionament és políticament inacceptable a l'Europa contemporània, no hi ha dubte que els models generals de racionament d'alcohol com el sistema Bratt, que va estar en vigor a Suècia fins al 1955 (Norström, 1987), i el sistema que va estar en vigor a Groenlàndia des del 1979 fins al 1982 (Schechter, 1986) van ser responsables de la reducció de la mortalitat causada per cirrosi hepàtica, la violència i altres conseqüències del consum elevat d'alcohol. A Polònia, durant els primers anys de la dècada dels vuitanta, quan el racionament d'alcohol limitava cada adult a consumir mig litre de licor al mes, es van reduir els episodis

de consum intensiu, els ingressos a hospitals mentals per psicosi alcohòlica van disminuir un 60%, les morts per malalties hepàtiques van disminuir un 25% i les morts per lesions van disminuir un 15% (Moskalewicz i Swiatkiewicz, 2000).

Vendes als menors

Pel que fa a la gent jove, les lleis que augmenten l'edat legal mínima per comprar alcohol redueixen les vendes d'alcohol i els problemes entre els consumidors joves (Grube i Nygaard, 2001; Babor [et al.], 2003).

Malgrat que les restriccions legals d'edat a partir de la qual els joves poden comprar alcohol varien àmpliament en cada país, que normalment van dels 16 als 21 anys, gairebé tots els països restringeixen legalment aquestes vendes. Una revisió de 132 estudis publicats entre el 1960 i el 1999 va demostrar una forta evidència que els canvis en les lleis sobre l'edat legal mínima per consumir alcohol poden tenir efectes importants en el consum alcohòlic entre els joves i els problemes relacionats amb l'alcohol, especialment en els accidents de trànsit per carretera, sovint molt després que els joves tinguessin l'edat legal per consumir alcohol (Waagenar i Toomey, 2000). Molts estudis han demostrat que augmentar l'edat legal mínima per consumir alcohol de 18 a 21 anys va disminuir els accidents de trànsit nocturns d'un sol vehicle amb conductors joves d'un 11% a un 16% per a tots els nivells de gravetat de l'accident (Klepp [et al.], 1996; Saffer i Grossman, 1987a, b; Wagenaar, 1981, 1986; Wagenaar i Maybee, 1986; O'Malley i Wagenaar, 1991; Voas i Tippet, 1999). Els canvis en l'edat mínima per consumir alcohol estan relacionats també amb els canvis en els ingressos en hospitals per lesions relacionades amb l'alcohol (Smith, 1988) i les víctimes mortals per lesions (Jones [et al.], 1992). Un estudi fet a Dinamarca, on va entrar en vigor un límit d'edat mínim de 15 anys per comprar alcohol i consumir-lo fora dels establiments, va demostrar ser efectiu per reduir el consum alcohòlic entre els adolescents, però que el consum alcohòlic de les persones que estaven per sobre i per sota del límit d'edat també va quedar afectat (Møller, 2002).

La importància de l'aplicació

Només s'obtindran els màxims beneficis d'augmentar l'edat per consumir alcohol si s'aplica la llei. Malgrat les lleis que augmenten l'edat mínima legal per consumir alcohol, els joves poden seguir comprant alcohol (per exemple, Forster [et al.] 1994, 1995; Preusser i Williams, 1992; Grube, 1997). A molts països de la UE en els quals s'ha dut a terme l'estudi ESPAD (vegeu el capítol 4), la majoria d'estudiants d'entre 15 i 16 anys creien que aconseguir qualsevol tipus de beguda alcohòlica era força fàcil o molt fàcil, amb un índex del 70-95% per a la cervesa i el vi (Hibell [et al.], 2004). Aquestes vendes resulten de nivells baixos i incoherents d'aplicació de la llei, especialment quan hi ha poc suport comunitari per aplicar la venda d'alcohol a menors (Wagenaar i Wolfson, 1994, 1995). Fins i tot els augments moderats en l'aplicació poden reduir les vendes als menors fins a un 35-40%, especialment si es combinen amb activitats als mitjans de comunicació i altres activitats comunitàries (Grube, 1997; Wagenaar [et al.], 2000).

Regulació dels establiments minoristes d'alcohol

L'alcohol es pot consumir dins o fora dels establiments. Per a la venda d'alcohol per consumir fora dels establiments, on l'alcohol es consumeix a qualsevol lloc, es poden fer regulacions segons el tipus, la graduació i l'envasament de la beguda alcohòlica, i el temps, els

costos i la ubicació de les vendes d'alcohol. Per a la venda d'alcohol per consumir dins dels establiments, on l'alcohol es consumeix al bar o al cafè, les regulacions poden especificar les mides de les begudes, impedir els descomptes en les begudes o exigir que el personal dels establiments rebi formació per a un servei de begudes responsable. També es pot regular el disseny del bar o cafè i es poden fer especificacions sobre temes com el servei de menjar, la disponibilitat d'espectacles i altres temes no relacionats amb l'alcohol (vegeu l'apartat sobre la reducció dels danys en l'entorn de consum més endavant).

A molts països cal una **licència** expedida per una administració local o central abans que es puguin vendre certs tipus de begudes alcohòliques, tant en establiments com en bodegues. En alguns països, el procés per obtenir una llicència per als distribuïdors que venen licors és molt més estricte que les regulacions de la venda al detall de cervesa i vi. Hi ha molts requisits per expedir una llicència per a la venda al detall, així com possibles beneficis (Lehto, 1995). Un d'aquests requisits és assegurar-se que els distribuïdors compleixen altres regulacions com els límits d'edat i els horaris d'obertura. Un altre és assegurar que es paga un impost per cada gota d'alcohol venuda. Quan el sistema s'utilitza per restringir el nombre de distribuïdors, molt sovint l'objectiu és evitar els problemes de salut i ordre públic limitant el subministrament d'alcohol. Els sistemes de llicència també s'han utilitzat per controlar els estàndards dels establiments amb llicència, per exemple, per denegar les llicències a llocs que es creu que promouen el consum perjudicial d'alcohol i concedir llicències als distribuïdors que promouen un consum alcohòlic menys perjudicial.

Un mitjà per regular les vendes d'alcohol són els distribuïdors que són propietat del govern, els **monopolis al detall**, que encara funcionen en alguns llocs dels EUA i a gran part del Canadà, així com als països nòrdics. Els sistemes de monopoli de venda d'alcohol per consumir fora dels establiments redueixen el consum alcohòlic i els problemes relacionats amb l'alcohol. Els estudis de privatització de vendes de les begudes alcohòliques als Estats Units mostren variacions considerables en els augments de consum (compareu amb Mulford, Ledolter i Fitzgerald, 1992; Wagenaar i Holder, 1991), amb augments que van del 13% al 150% (Wagenaar i Holder, 1995). Quan Finlàndia va passar de vendre cervesa només als establiments del monopoli del govern a vendre-la també als supermercats el 1968, el consum alcohòlic va augmentar en un 46% l'any següent, els índexs de problemes amb l'alcohol també van augmentar (Mäkelä [et al.], 2004) i el consum alcohòlic entre els joves de 13 a 17 anys també (Valli, 1998). Noval i Nilsson (1984) van observar que el consum total d'alcohol a Suècia entre 1965 i 1977 era considerablement més alt quan la cervesa de graduació mitjana es podia comprar als supermercats que quan es podia comprar només als establiments de monopoli de l'estat.

Nombre i densitat dels establiments minoristes

La densitat del punt de venda es refereix al nombre de punts de venda existents per comprar alcohol al detall. Com més petit és el nombre de punts de venda de begudes alcohòliques, més gran és la dificultat d'obtenir alcohol, una situació que és probable que dificulti el consum i els problemes amb l'alcohol (Gruenewald [et al.], 1993). Això es pot observar a la pràctica a Finlàndia, Suècia, Gran Bretanya i Amèrica del Nord.

Els **estudis finesos** han observat un impacte general del consum alcohòlic a partir dels canvis en el nombre de punts de venda (Kuusi, 1957; Lehtonen, 1978; Mäkinen, 1978). El

canvi més important es va produir el 1969, quan es va permetre vendre cervesa amb un contingut de fins a un 4,7% d'alcohol als supermercats i també era més fàcil aconseguir una llicència per obrir un restaurant. El nombre de punts de venda d'alcohol per consumir fora dels establiments va augmentar de 132 a aproximadament 17.600, i els punts de venda d'alcohol per consumir dins dels establiments van augmentar de 940 a més de 4.000 (Österberg, 1979). L'any següent, el consum alcohòlic va augmentar un 46%. Durant els cinc anys següents, la mortalitat per cirrosi hepàtica va augmentar un 50%, els ingressos als hospitals per psicosis alcohòlica van augmentar un 110% per als homes i un 130% per a les dones, i els arrestos per embriaguesa van augmentar un 80% per als homes i un 160% per a les dones (Poikolainen, 1980).

Els **estudis suecs** també han observat un impacte general del consum alcohòlic i els problemes relacionats amb l'alcohol a partir dels canvis en el nombre de punts de venda (Noval i Nilsson, 1984; Hibell, 1984). Una anàlisi de sèries temporals va trobar que els accidents amb vehicles de motor s'havien reduït considerablement en tres dels quatre grups d'edat quan es va retirar l'autorització de vendre cervesa amb una graduació del 4,5% als supermercats. Es va notar una disminució considerable dels ingressos als hospitals per diagnòstics específics d'alcohol entre les persones de menys de 20 anys, però no es va veure cap efecte en les agressions, suïcidis i caigudes (Ramstedt, 2002).

Malgrat tot, els **estudis noruecs** sobre els efectes d'obrir distribuïdors de vi i licors en llocs on la cervesa ja es venia va mostrar un canvi respecte a altres cerveses i licors produïts al país, amb pocs efectes en el consum general. Això indica que on hi ha disponibilitat d'alcohol, els efectes en el consum total dels canvis en el nombre de comerços que venguin un tipus de beguda o un altre són pocs (Mäkelä [et al.], 2002).

En els últims anys s'ha observat la transformació de l'economia nocturna a les **ciutats** i poblacions **britàniques** (Hobbs [et al.], 2003; Chatterton i Hollands, 2003), ja que els pubs més antics es van substituir per grans bodegues dirigides per cadenes nacionals o internacionals. Al centre de la ciutat de Manchester, per exemple, la capacitat dels establiments amb llicència va augmentar un 240% entre 1998 i 2001, mentre que el nombre d'agressions comunicades a la policia va augmentar un 225% entre 1997 i 2001 (Hobbs [et al.], 2003).

Els **estudis nord-americans** han observat la relació de la densitat dels distribuïdors amb els índexs de col·lisions a causa de la conducció sota els efectes de l'alcohol (Bloese i Holder, 1987; Gruenewald [et al.], 1993). Quatre estudis indiquen que no hi ha cap impacte de la densitat dels distribuïdors en la conducció sota els efectes de l'alcohol o les col·lisions (Gruenewald i Ponicki, 1995; Kelleher [et al.], 1996; Meliker [et al.], 2004; Lapham [et al.], 2004). Malgrat tot, un gran nombre d'estudis (vuit) han trobat un impacte considerable de la densitat dels distribuïdors sobre el consum alcohòlic i les col·lisions a causa de la conducció sota els efectes de l'alcohol (Scribner, MacKinnon i Dwyer, 1994; Gruenewald [et al.], 1996; Gruenewald [et al.], 1999; Gruenewald, Johnson i Treno; Jewell i Brown, 1995, 2002; LaScala [et al.], 2001; Treno, Grube i Martin, 2003; Escobedo i Ortiz, 2002; Cohen, Mason i Scribner, 2002) i les agressions, especialment en àrees amb alta densitat de població (Gruenewald [et al.], 1996). En conjunt, la investigació indica que el nombre creixent de distribuïdors farà augmentar les col·lisions relacionades amb l'alcohol i les víctimes mortals (vegeu Mann [et al.], 2005 per a una descripció més detallada). La densitat dels distri-

buidors també s'ha associat amb un risc més alt de col·lisions que provoquen lesions als vianants (LaScala [et al.], 2000) i les agressions violentes (Alaniz [et al.], 1998; Stevenson [et al.], 1998; Zhu [et al.], 2004).

La distribució dels accidents relacionats amb l'alcohol (accidents amb un sol vehicle implicat en horari nocturn) també està relacionada amb la distribució de la venda d'alcohol per consumir dins dels establiments i els índexs d'aquests accidents disminueixen quan la distància de les àrees concentrades és més gran (Gruenewald [et al.], 1996). A més, les concentracions més grans de distribuïdors tenen més impacte en els accidents relacionats amb l'alcohol en àrees amb més quantitat de trànsit per carretera (Gruenewald i Johnson, 2000) i en àrees amb nivells de vida més baixos (LaScala, Gruenewald i Gerber, 2000).

Una investigació ha estudiat les relacions entre la densitat dels distribuïdors i les mesures de consum alcohòlic entre els estudiants i els menors d'edat. S'ha vist que la densitat dels distribuïdors està estretament relacionada amb el consum elevat d'alcohol i els problemes relacionats amb l'alcohol entre els estudiants de centres d'educació superior (Weitzman [et al.], 2003). Es van observar altres relacions entre el nombre d'establiments on es pot comprar alcohol, els episodis de consum intensiu d'alcohol i el consum en llocs no adequats per als estudiants de 16 a 17 anys (Dent [et al.], 2005).

L'impacte dels canvis en la disponibilitat dependrà de les circumstàncies locals (Abbey, Scott i Smith, 1993). Per tant, mentre que els canvis que es produeixen en un país tenen impacte (Gruenewald, Ponicki i Holder, 1993; Wagenaar i Holder, 1996), si els canvis en la disponibilitat es produeixen localment pot no haver-hi cap impacte (Gruenewald [et al.], 2000b). En el primer cas, és difícil evitar els efectes d'una disponibilitat reduïda. En el cas local, és possible viatjar fora de l'àrea geogràfica local per obtenir alcohol. A més, les reduccions equivalents a les àrees locals poden tenir diferents efectes. Una reducció del 10% en el nombre de distribuïdors en àrees de gran densitat tindrà efectes insignificants en les distàncies entre les persones i els distribuïdors. Una reducció del 10% en el nombre de distribuïdors en àrees de densitat baixa pot causar l'eliminació dels únics distribuïdors fàcilment accessibles per als consumidors d'alcohol.

En resum, la densitat dels distribuïdors, en general, s'associa positivament amb el consum alcohòlic i els problemes relacionats amb l'alcohol: com més alta és la densitat, més altes són les probabilitats de consum i els problemes (Her [et al.], 1998, 1999) (vegeu la figura 7.3), tot i que no sempre és clar fins a quin punt els canvis en la densitat al llarg del temps afecten els índexs dels resultats dels problemes (Gorman [et al.], 2001).

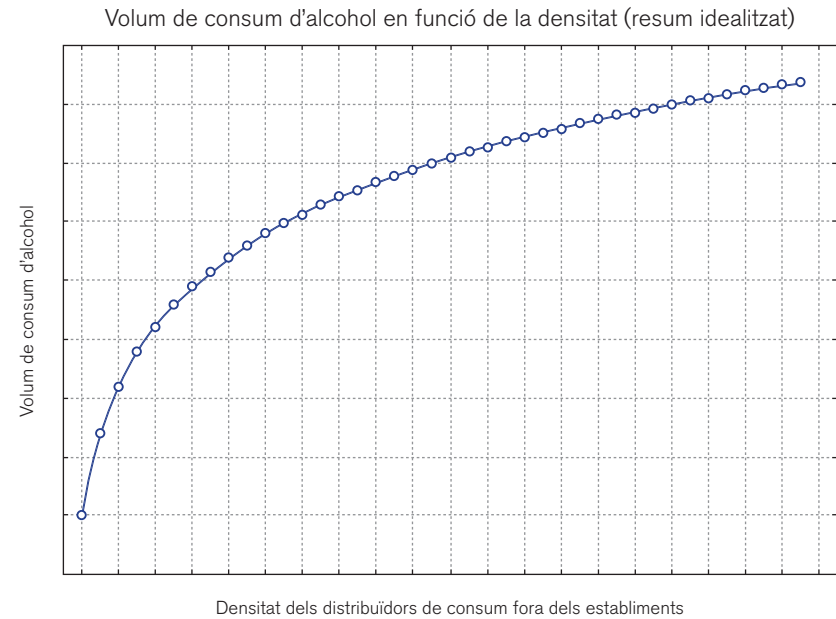


Fig. 7.3: Il·lustració de la relació entre el volum de consum alcohòlic en funció de la densitat dels distribuïdors.
Font: Her [et al.], 1999a.

Hores i dies de venda al detall

Nombrosos estudis han indicat que tot i que es canviïn les hores o els dies de venda d'alcohol per redistribuir els horaris en què tenen lloc molts accidents relacionats amb l'alcohol i actes violents relacionats amb l'alcohol (p. ex., Smith, 1988; Nordlund, 1985), això comporta un augment general dels problemes. L'obertura durant vint-i-quatre hores dels establiments a Reykjavik, per exemple, va causar més feina per part de la policia, més ingressos a urgències i més casos de conducció sota els efectes de l'alcohol. La feina de la policia es va desplegar més uniformement a la nit, però això requeria un canvi en els torns per adaptar-se a la nova feina (Ragnarsdottir [et al.], 2002). Un estudi fet a l'oest d'Austràlia va demostrar que ampliar l'horari d'obertura de mitjanit a la 1 de la matinada va augmentar els incidents violents als locals nocturns un 70% (Chikritzhs, Stockwell i Masters, 1997; Chikritzhs i Stockwell, 2002) (vegeu la figura 7.4). Els problemes més greus associats amb els locals de venda nocturna van tenir com a conseqüència un consum més elevat d'alcohol més que no pas el fet que es produïssin més delictes, ja que no hi havia diferència aparent entre els dos grups després dels controls de venda d'alcohol. Les taxes d'alcoholèmia dels conductors que havien tingut accidents de carretera i havien estat consumint alcohol en els establiments on l'horari s'havia ampliat eren considerablement més alts que els nivells dels conductors que consumien alcohol en els establiments de control. Estudis similars han demostrat que és més probable que les agressions als establiments amb llicència tinguin lloc durant els horaris de venda ampliat, i l'hora més freqüent és entre la mitjanit i les 3 de la matinada (Briscoe i Donnelly, 2003a).

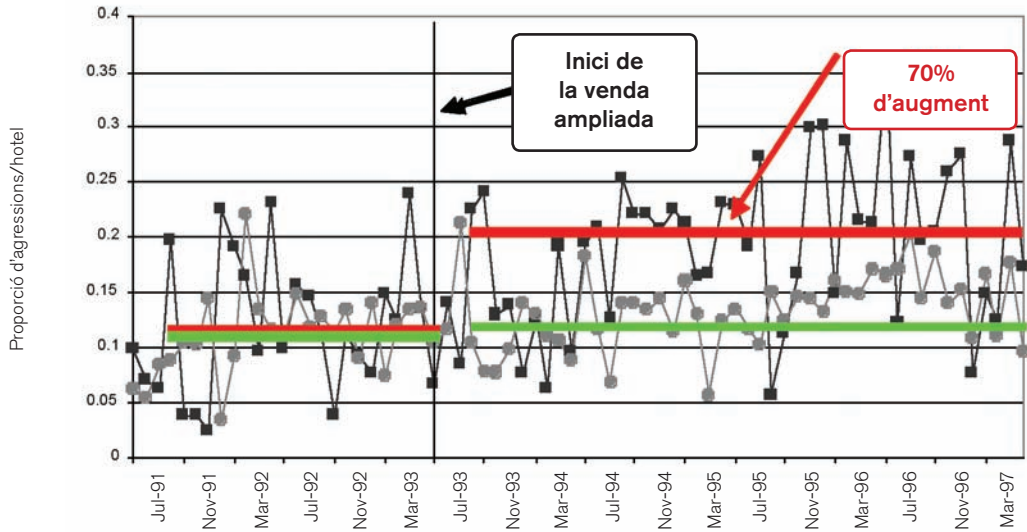


Fig. 7.4: Índexs d'agressions en els hotels que tancaven a la 1 de la matinada [■] i hotels que tancaven a mitjanit [●], a Perth, oest d'Austràlia.
Font: Chikritzhs i Stockwell, 2002.

Un estudi fet a Suècia (Norström i Skog, 2001, 2002, 2005) va identificar un augment net del 3,6% en les vendes d'alcohol amb l'obertura dels establiments de venda d'alcohol del govern el dissabte, tot i que els canvis en els danys no eren prou grans per ser considerables. L'obertura en dissabtes va tenir lloc en un moment en què l'alcohol es podia obtenir més ràpidament en altres llocs, on s'inclouen els restaurants, els bars, els supermercats (fins a una graduació del 3,5%) i amb els articles importats per part de viatgers.

També hi ha evidència que mostra que restringir els dies i les hores de venda fa disminuir els problemes. Als anys vuitanta Suècia va tornar a fer entrar en vigor el tancament els dissabtes per vendre licors i vi per consumir fora dels establiments després que uns estudis mostressin que les vendes durant els dissabtes estaven relacionades amb uns índexs més alts de violència domèstica i embriaguesa pública (Olsson i Wikström, 1982). El 1984, Noruega va tornar a fer entrar en vigor el tancament durant els dissabtes, i la violència domèstica i la intoxicació amb conducta disruptiva van disminuir (Nordlund, 1985).

Restricció de la disponibilitat

Resum

Augmentar i implementar una edat mínima per comprar alcohol i reduir la disponibilitat d'alcohol mitjançant les restriccions en el nombre i la densitat dels distribuïdors i els dies i hores de venda redueix els problemes relacionats amb l'alcohol (vegeu la taula 7.8).

Taula 7.8: Índexs d'efectivitat per a les restriccions de la disponibilitat d'alcohol.

	Efectivitat ¹	Extensió del suport a la recerca ¹	Relació cost-efectivitat ¹
Edat mínima per consumir alcohol	+++	+++	++
Establiments minoristes del govern	++	+	+++
Nombre de distribuïdors	++	+	+++
Densitat dels distribuïdors	++	++	+++
Hores i dies de venda	++	+++	+++

¹ Per consultar les definicions vegeu la taula 7.1.

Font: Babor [et al.] (2003) (modificada).

Impacte i costos

El programa Escollir intervencions amb bona relació cost-efectivitat de l'Organització Mundial de la Salut va calcular un accés a l'alcohol i una disponibilitat menor mitjançant l'estimació de què passaria si l'alcohol no es pogués comprar durant un període de 24 hores el cap de setmana (tot i no ser políticament acceptable a l'Europa contemporània, aquesta opció va ser elegida per l'equip de l'OMS, basada en dades escandinaves, i ha demostrat reduir el consum i els problemes relacionats amb l'alcohol (Leppanen, 1979; Nordlund, 1984; Norström i Skog, 2003)). Segons aquests estudis, es va observar una reducció modesta d'un 1,5%-3,0% en la incidència del consum de risc d'alcohol i d'un 1,5-4,0% de les víctimes mortals de trànsit relacionades amb l'alcohol. Si s'implementés a tota la Unió Europea, el model estimava que una intervenció com aquesta pot evitar entre 251 (països A d'Europa) i 689 (països C d'Europa) anys de vida ajustats per invalidesa per milió de persones cada any, amb un cost d'entre 12 € (països C d'Europa) i 23 € (països A d'Europa) per cada 100 persones cada any (vegeu les figures 7.11 i 7.12 al final del capítol). Tot i que no se sap fins quan podrien durar aquests efectes, el model va estimar que una intervenció com aquesta a tot Europa podria evitar uns 123.000 anys d'invalidesa i mort prematura amb un cost estimat de 98 milions d'euros cada any (adaptat de Chisholm [et al.], 2004).

Publicitat, promoció i patrocini de l'alcohol

Introducció

El consum alcohòlic destaca entre els molts béns de consum que els joves especialment consumeixen cada cop més com a forma de marcar la seva identitat i el seu lloc al món. Els productors i venedors de begudes alcohòliques, molts dels quals són grans empreses (Babor [et al.], 2003, Jernigan, 1997) utilitzen pràctiques promocionals sofisticades per dirigir-se a grups específics com els joves que comencen a consumir, els consumidors joves assidus i els consumidors joves habituals (Acadèmia de les Ciències Mèdiques, 2004). Aquest màrqueting utilitza múltiples canals (les ràdios joves, la televisió, els esdeveniments, els llocs web o els telèfons mòbils) i diverses modalitats (publicitat, patrocini, identitat corporativa) (Jernigan i O'Hara, 2005). Aquest màrqueting de l'alcohol per als joves es troba al capdavant del que s'anomena *màrqueting postmodern* (Cooke [et al.], 2004; Jernigan i O'Hara, 2005). La publi-

cat i la identitat corporativa treballen per reflectir i expressar les representacions dominants de la cultura i els estils de vida dels joves (Klein, 1999; Jackson [et al.], 2000). La promoció mai no és estàtica, fins i tot en mercats consolidats, ja que els nous grups de joves són objectiu de l'activitat del màrqueting de manera contínua mentre maduren (Saffer, 2002).

Una estratègia completa de màrqueting té cinc passos: desenvolupament del producte, establiment del preu, disponibilitat física, segmentació i objectius del mercat i campanyes de publicitat i promoció (Cowan i Mosher, 1985; Kotler, 1992). Aquest apartat valorarà l'impacte de cada un dels cinc passos en el consum alcohòlic, amb una anàlisi més profunda sobre l'impacte de les campanyes de publicitat i promoció, i es discutiran alguns aspectes de la regulació de les pràctiques de màrqueting, en concret l'autoregulació.

Desenvolupament de nous productes

El desenvolupament de nous productes ha estat especialment actiu des dels anys noranta (Jackson [et al.], 2000; Mosher i Johnsson, 2005) i va començar amb begudes de disseny caracteritzades per un envasament amb colors brillants i innovadors que mostraven els atractius del producte: força, sabor i portabilitat, com les sidres embotellades i els vins generosos de fruites. L'auge de les begudes de disseny va durar fins a mitjan dècada dels anys noranta, quan va arribar una nova onada de begudes alcohòliques suaus, que es van donar a conèixer amb el nom d'*alcopops* (begudes de disseny). Els *alcopops* van ser succeïts posteriorment pels còctels prebarrejats (barreges de licors, begudes suaus i altres sabors únics que no són ràpids de preparar pels consumidors) i una tendència a barrejar begudes energètiques (com per exemple Red Bull) amb licors (com per exemple el vodka). Un avenç d'aquesta tendència ha estat la introducció de begudes energètiques «a punt per beure» conegudes per les seves propietats estimulants. Aquestes begudes contenen una barreja de vodka, cafeïna, glucosa i taurina i un contingut d'alcohol mitjà del 5,4%. Un altre tipus de producte, els licors forts que es consumeixen d'un sol glop amb petits vasos, cada vegada són més populars. Existeixen marques com Aftershock i Goldshlager i els joves consumidors les escullen perquè la seva graduació els dóna una resposta immediata i els sabors forts (per exemple, la canyella), els noms de marca i l'envasament les han associat amb una conducta atrevida (veure Hastings [et al.], 2005).

Tant si són begudes a base de vi, suc i aigua amb gas (Goldberg [et al.], 1994), begudes de disseny (McKeganey [et al.], 1996) o *alcopops* (Barnard i Forsyth, 1998), els estudis de les actituds i el comportament de la gent jove en diferents països han demostrat que aquests productes nous són les begudes que tria la gent jove i que poden contribuir a un consum elevat d'alcohol i a la disminució de l'edat en la qual es comença a beure. En alguns casos, aquests productes sembla que competeixen directament amb el mercat de drogues il·legals (Jackson [et al.], 2000).

Les imatges de marca de les begudes de disseny, en comparació amb les begudes més estàndards, complien les percepcions i les expectatives de consum de molts adolescents de 14 i 15 anys. El consum de les begudes de disseny tendeix a ocórrer en circumstàncies menys controlades i s'associa amb una ingesta d'alcohol més elevada i una embriaguesa més gran (Hughes [et al.], 1997). Les dades de l'Estudi del comportament de salut en nens d'edat escolar va demostrar que a Gal·les, el consum d'*alcopops* estava relacionat amb l'augment total del consum setmanal d'alcohol entre 1994 i 1996 entre els adolescents d'11 i 12 anys, on la meitat de l'augment es donava entre els adolescents de 13 i 14 anys,

i la majoria de l'augment es donava en noies de 15 i 16 anys (Roberts [et al.], 1999). Els estudis suecs han constatat que els *alcopops* i les sidres dolces representaven més de la meitat de l'augment registrat en el consum alcohòlic entre els nois de 15 i 16 anys entre el 1996 i el 1999, i dos terços de l'augment en el consum entre les noies, en un moment en què el consum alcohòlic entre els adults suecs es mantenia estable (Romanus, 2000).

Els representants de la indústria no neguen la importància de nous productes dissenyats per arribar als «nous consumidors» o els «consumidors inicials» o de denominació similar: «sigui quin sigui el lloc o el moment, no hi ha dubte que els consumidors més joves escullen les begudes alcohòliques de sabors. La combinació de l'envasament, el gust i el contingut alcohòlic els fa menys atractius per als consumidors de més edat» (Euromonitor 2004; apartat 22.15).

Determinació del preu

L'impacte del preu sobre el consum s'ha discutit més amunt. Hi ha hagut una tendència considerable per part dels locals de consum a oferir promocions i *happy hours* (reduccions de preu durant un cert temps) en productes consumits amb regularitat pels consumidors joves (vegeu Hastings [et al.], 2005). Els exemples de promocions inclouen: un got de vodka que mai no s'acaba (es compra un vas de vodka i s'omple tantes vegades com es vulgui), *happy hours* en què per la compra d'una beguda se'n regala una altra de franc, i promocions per a begudes populars en nits especials de la setmana. Les promocions de preu sobre l'alcohol s'associen amb un nombre més gran d'episodis de consum intensiu (Kuo [et al.], 2003).

Disponibilitat

L'impacte de la disponibilitat en el consum s'ha discutit més amunt. La publicitat de l'alcohol també pot tenir lloc al **punt de compra**, on s'inclouen els anuncis exteriors i interiors per a les begudes alcohòliques; objectes funcionals amb la marca d'alcohol que es donen gratuïtament als distribuïdors (per exemple, estoretes per al mostrador amb el logotip d'una marca d'alcohol); objectes per ubicar la cervesa (per exemple, llaunes individuals o ampolles fredes en cubells a prop de les ubicacions de la caixa) i la presència d'anuncis de baixa alçada (per exemple, anuncis col·locats a la línia de visió dels nens i adolescents en contraposició amb la dels adults (CDC, 2003). Per als no-consumidors d'entre 12 i 13 anys, l'exposició als anuncis de cervesa en els establiments pronostiquen l'inici del consum a l'edat de 14-15 anys (Ellickson [et al.], 2005).

Segmentació i objectius del mercat

La investigació als Estats Units demostra que les empreses d'alcohol posen una quantitat considerable d'anuncis on és més probable que els vegin els joves que no pas els adults (Jernigan [et al.], 2005). El 2002, als Estats Units, els joves menors d'edat van veure un 45% més d'anuncis de cervesa, un 12% més d'anuncis de licors destil·lats, un 65% més d'anuncis de begudes refrescants amb una quantitat més baixa d'alcohol i un 69% menys d'anuncis de vi que les persones de 21 anys o més (Jernigan [et al.], 2004). Les noies de 12 a 20 anys tenien més probabilitats de veure publicitat de cerveses i begudes refrescants amb una quantitat més baixa d'alcohol que les dones de 21 a 34 anys. L'exposició de les noies a la publicitat de begudes refrescants amb una quantitat més baixa d'alcohol va augmentar en un 216% del 2001 al 2002, mentre que l'exposició dels nois va augmentar un 46%.

Les **revistes** són el mitjà de comunicació on més publicitat es fa de tots els mitjans mesurats. Dos estudis que s'han realitzat fins ara han observat la publicitat d'alcohol en aquest mitjà. D'acord amb la recerca que indica que les marques de cigarrets més conegudes entre els adolescents de 12 a 17 anys tenien més probabilitat que altres marques d'aparèixer anunciades a les revistes (King [et al.], 1998), Sánchez [et al.] 2000, van seleccionar una mostra de conveniència de 15 revistes, 11 amb el percentatge de lectura més alt entre els joves (més d'1,9 milions de lectors) i 4 amb el percentatge de lectura més baix (menys de 0,8 milions) i van avaluar el grau d'influència comptant les pàgines d'anuncis d'alcohol i de tabac a cada revista. Els autors van poder establir una relació entre el percentatge de lectura entre els joves i els anuncis d'alcohol i tabac, on les revistes que tenien més lectors joves contenien més anuncis d'alcohol i tabac. Garfield [et al.], 2003, va trobar resultats semblants, i va constatar que després d'ajustar altres característiques de les revistes, la proporció de publicitat era 1,6 vegades més gran per a la cervesa i els licors per cada milió addicional de lectors adolescents. La publicitat de la indústria del vi no estava relacionada amb l'índex de lectura entre els adolescents (vegeu la figura 7.5).

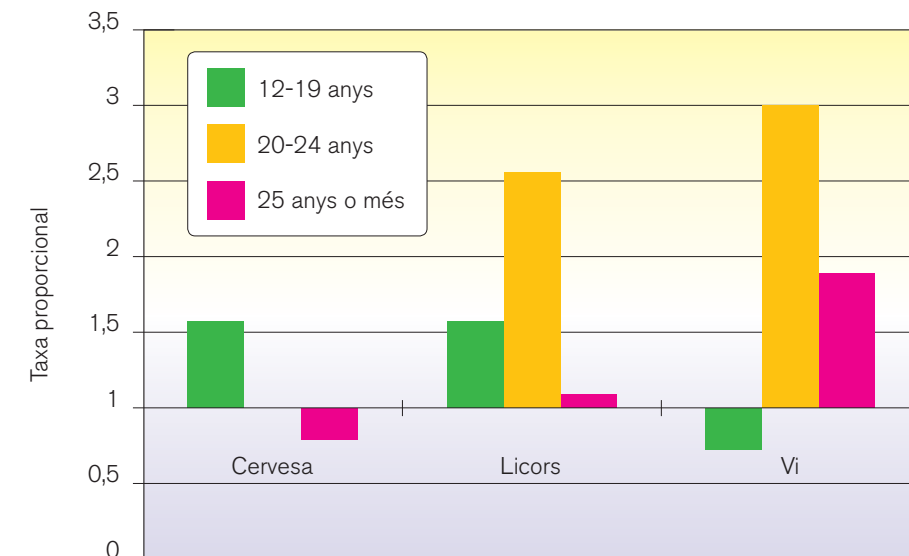


Figura 7.5: Índex de lectura de les revistes i els anuncis d'alcohol. Es mostra la proporció d'anuncis per cada milió addicional de lectors adolescents. Per exemple, una revista dels EUA que té un milió més de lectors de 12 a 19 anys que una altra revista dels EUA tindrà 1,6 vegades el nombre d'anuncis de cervesa i licors.

Font: Garfield [et al.] (2003).

Campanyes de publicitat i promoció

L'aparició a la televisió del consum alcohòlic ha rebut molta atenció. Quan a la televisió es mostra que les persones consumeixen alcohol sembla que ho facin la major part del temps (Brown i Witherspoon, 2002). Pendleton [et al.], 1991, per exemple, va observar que cada 6,5 minuts es feia referència a l'alcohol en una mostra de 50 programes de la televisió britànica. El consum alcohòlic era present de manera important, especialment en sèries de ficció. Furnham [et al.] (1997) es va concentrar en l'aparició de l'alcohol i el consum en sis telesèries i va arribar a la conclusió que el 86% de tots els programes tenien referències visuals o verbals a les begudes alcohòliques. Es consumia més alcohol que qualsevol altre

tipus de beguda, però la mostra de programes gairebé mai no feia referència als riscos del consum alcohòlic.

Les anàlisis de contingut de les aparicions del consum alcohòlic a la televisió indiquen que les incidències de consum tenen lloc sovint i que aquestes aparicions presenten el consum com una activitat que quasi no té cap conseqüència (Christenson [et al.], 2000; Grube, 1993; Mathios [et al.], 1998; Wallack [et al.], 1990). Els personatges de televisió que consumeixen alcohol tendeixen a ser «d'alt nivell»: rics, amb èxit, atractius i amb càrrecs d'alt nivell. El fet que consumeixin alcohol s'associa amb la felicitat, el reconeixement social, la relaxació i la companyonia (Hundley, 1995; Wallack [et al.], 1990).

Les anàlisis de contingut dels atractius utilitzats en els anuncis d'alcohol indiquen que consumir alcohol té molt a veure amb la sociabilitat, l'atractiu físic, la masculinitat, el romanticisme, la relaxació i l'aventura (Grube, 1993; Finn i Strickland, 1982; Madden i Grube, 1994). Molts anuncis d'alcohol utilitzen música rock, animació, atractius d'imatge i promocions per part de famosos que fan créixer la seva popularitat entre els telespectadors menors d'edat (Aitken, 1989; Grube, 1993; Jones i Donovan, 2001; Martin [et al.], 2002; Waiters [et al.], 2001). Així doncs, no és sorprenent que els anuncis d'alcohol siguin els que més es recordin entre els adolescents i els anomenin més freqüentment com els seus preferits (Aitken, 1989; Aitken [et al.], 1988; Aitken [et al.], 1988; Grube, 1993).

Nombrosos estudis han intentat entendre el procés mitjançant el qual l'exposició als anuncis d'alcohol i a les aparicions incidentals del consum alcohòlic a la televisió i els vídeos musicals (DuRant [et al.], 1997; Robinson [et al.], 1998) tenen influència en els punts de vista relacionats amb l'alcohol i els comportaments dels nens i adolescents. Aas i Klepp (1992), Atkin (1990) i Austin i Meili (1994) han argumentat que el consum alcohòlic és un comportament après que forma part del procés de socialització de l'adolescent. Creuen que els adolescents, especialment aquells que encara no han començat a consumir alcohol, busquen informació de manera activa i deliberada sobre l'alcohol a partir de diverses fonts, així com de la família i els amics. Una de les fonts principals és la televisió, que pot presentar només una visió distorsionada de la realitat del consum alcohòlic (Atkin, 1990; Austin i Nach-Ferguson, 1995; Christenson [et al.], 2000; Grube, 1993; Kelly i Donohew, 1999; Mirazee [et al.], 1989; Wallack [et al.], 1990).

Els nois de secundària que veuen la televisió durant moltes hores consumeixen més alcohol que els que no la veuen tantes hores (Tucker, 1985; Atkin, 1990), tot i que no és així per a tots els programes (Klein [et al.], 1993). Els que veuen la televisió durant moltes hores és més probable que estiguin d'acord amb les afirmacions «la gent que beu és feliç» i «has de beure per passar-t'ho bé en un esdeveniment esportiu» que els que no la miren tant (Neuendorf, 1985). Més recentment, s'ha trobat que mirar la televisió estava relacionat amb la iniciació al consum alcohòlic després d'un període de 18 mesos (Robinson [et al.], 1998). Cada hora de més de televisió s'associava a un 9% d'augment del risc d'iniciació al consum alcohòlic durant els 18 mesos següents.

La música i els vídeos musicals

Una anàlisi de la música més coneguda entre els joves va mostrar que el 17% de les lletres de tots els gèneres musicals feia referències a l'alcohol (Roberts [et al.], 1999). L'alcohol es

mentenava més freqüentment en la música *rap* (47%) que en altres estils, com el *country-western* (13%), els top 40 (12%), el rock alternatiu (10%) i el *heavy metal* (3%). Un tema comú és intoxicar-se o drogar-se, tot i que el consum alcohòlic també està relacionat amb la riquesa i el luxe, el sexe, els delictes o la violència. Igual que en la televisió o les pel·lícules, les conseqüències de consumir alcohol es mencionen en molt poques cançons i els missatges en contra del consum són molt estranys. La col·locació de productes o les mencions a noms de marques apareixien en aproximadament el 30% de les cançons en les quals es mencionava l'alcohol i són especialment freqüents en la música *rap* (48%). Del 1979 al 1997, les lletres de les cançons de música *rap* que feien referència a l'alcohol van augmentar cinc vegades (d'un 8% a un 44%). Les cançons que mostraven actituds positives van augmentar d'un 43% a un 73%, i les mencions a noms de marques van augmentar d'un 46% a un 71% (Herd, 2005). També hi va haver augments importants en les cançons que anomenaven el cava i el licor (normalment marques cares) en comparar cançons aparegudes després del 1994 amb les d'anys anteriors. A més, hi va haver un augment significatiu de les referències a l'alcohol per indicar *glamour* i riquesa i el consum alcohòlic i de drogues per passar-ho bé. Les conclusions també van mostrar que el consum alcohòlic en la música *rap* era molt més probable que tingués conseqüències positives que negatives.

Un patró semblant es troba en els vídeos musicals. DuRant [et al.] (1997) va trobar que els vídeos de música *rap* tenien el percentatge més alt de referències al consum alcohòlic, mentre que els vídeos de *rythm and blues* feien menys referències al consum alcohòlic que la resta d'estils musicals. Addicionalment, el consum alcohòlic es va observar en una proporció més gran de vídeos musicals amb algun contingut sexual que en els vídeos que no en tenien. Tant el contingut, que s'ha demostrat que relaciona el *glamour* amb el consum alcohòlic, com els anuncis relacionats amb els vídeos musicals poden fer que consumir alcohol sigui més atractiu per als joves espectadors.

El consum alcohòlic per part dels adolescents s'ha associat amb nivells més elevats d'exposició als vídeos musicals (Robinson [et al.], 1998; DuRant [et al.], 1997; Brown i Witherspoon, 2002). Robinson [et al.] (1998) va observar un 31% més de risc en la iniciació al consum després de 18 mesos per cada hora de més mirant vídeos. Un altre estudi dels efectes dels vídeos musicals més coneguts en les conductes de risc entre els adolescents va trobar una relació positiva entre l'exposició als vídeos de música *rap* i una probabilitat més alta de consumir alcohol entre les dones adolescents afroamericanes (Wingood [et al.], 2003). Els resultats d'un seguiment durant 12 mesos van mostrar que els adolescents amb una exposició més gran als vídeos musicals de *rap* tenien una probabilitat 1,5 vegades més alta d'haver consumit alcohol que els adolescents que havien mirat menys vídeos de música *rap*. Un estudi holandès va observar la relació entre mirar vídeos musicals i la quantitat de consum entre els adolescents (Van Den Bluck i Beullens, 2005). Els resultats van mostrar que la quantitat d'alcohol consumida mentre se sortia durant el febrer de 2004 estava relacionada amb el nombre d'hores totals que els adolescents miraven la televisió i la seva exposició als vídeos musicals un any abans. Fins i tot després de controlar el gènere, l'any escolar i el consum l'any 2003, aquests resultats es van mantenir.

Pel·lícules

Les anàlisis de contingut indiquen que l'alcohol es mostra o es consumeix a la majoria de pel·lícules. El 92% (185) de les 200 pel·lícules americanes més conegudes rodades entre

1996 i 1997 contenien imatges on es consumia alcohol (Roberts [et al.], 1999). El consum alcohòlic entre els menors d'edat es podia observar en el 9% d'aquestes pel·lícules. En general, el consum es relacionava amb la riquesa o el luxe en un 34% de pel·lícules que feien referències a l'alcohol, i les declaracions a favor del seu consum o el suport manifest es trobaven en el 20% d'aquestes pel·lícules. Les declaracions en contra del consum alcohòlic només apareixien en el 9% de les pel·lícules on es feia referència a l'alcohol. En total, el 57% de les pel·lícules en què es feia referència a l'alcohol no presentaven cap conseqüència per al consumidor. S'han trobat resultats semblants a partir d'altres anàlisis de continguts (Everett [et al.], 1998). Sorprenentment, una anàlisi de les pel·lícules de dibuixos animats per a nens va trobar que el 47% de pel·lícules mostraven l'alcohol o el consum alcohòlic (Thompson i Yokota, 2001). Cap d'aquestes pel·lícules de dibuixos animats contenien una advertència sanitària manifesta del consum alcohòlic i els personatges bons o neutrals eren els protagonistes que apareixien en la majoria de representacions del consum alcohòlic.

Pel que fa a la imatge dels consumidors d'alcohol, una anàlisi de contingut de 100 pel·lícules que es van rodar entre el 1940 i el 1989 va comparar els consumidors i els no-consumidors d'alcohol. Els consumidors tenien una imatge més positiva que els no-consumidors (McIntosh [et al.], 1999). Específicament, es considerava que els consumidors tenien un nivell socioeconòmic més alt, eren més atractius, tenien relacions més romàntiques, practicaven més sexe i eren més agressius que els no-consumidors. Aquestes pel·lícules, malgrat tot, presentaven conseqüències negatives relacionades amb el consum alcohòlic com la mort o la pèrdua d'éssers estimats de la mateixa manera que presentaven conseqüències positives, com la riquesa i els idil·lis. Una anàlisi semblant de pel·lícules produïdes entre el 1906 i el 2001 va trobar que el consum alcohòlic es presentava majoritàriament com una moda normalitzada en comparació amb les representacions estigmatitzades de les drogues il·legals com el cànnabis (Cape, 2003).

Es disposa de molt pocs estudis dels efectes de l'exposició a les representacions de consum alcohòlic a les pel·lícules entre els joves (Thompson, 2005). En un estudi, els estudiants universitaris van veure una de les dues versions de la pel·lícula *Ha nascut una estrella*: una mostrava les conseqüències negatives de consumir alcohol per a l'actor principal, mentre que l'altra havia eliminat les conseqüències negatives (Bahk, 1997, 2001). Veure la versió que havia eliminat les escenes de consum alcohòlic va conduir a actituds més favorables pel que fa al consum alcohòlic i a la intenció de consumir. En un estudi semblant, els estudiants universitaris van veure una sèrie de seqüències de pel·lícules que mostraven les conseqüències negatives de consumir licors, les conseqüències positives i unes seqüències de control sense consum (Kulick i Rosenberg, 2001). Els resultats van mostrar que els participants que van veure les seqüències que mostraven les conseqüències positives del consum alcohòlic tenien unes expectatives sobre l'alcohol considerablement més altes en comparació amb el grup de control. El grup de control i el grup que va veure les seqüències que mostraven conseqüències negatives no van mostrar cap canvi respecte a la intenció de consumir licors la setmana següent. Altres investigacions va mostrar una correlació positiva entre les restriccions fetes pels pares en les pel·lícules no aptes per a nens i una menor probabilitat de consum alcohòlic entre els adolescents. Dalton [et al.] (2002), per exemple, va trobar que la prevalença de consumir alcohol entre els estudiants de les escoles de 8 a 12 anys va disminuir mentre augmentaven les restriccions fetes pels pares a l'hora de mirar pel·lícules. La prevalença d'haver provat l'alcohol era d'un 46% per als joves que no tenien cap restric-

ció dels pares per mirar pel·lícules, un 16% per als joves amb restriccions parcials i un 4% per als joves que tenien una restricció total. Aquests índexs de prevalença es van mantenir constants fins i tot després de controlar altres variables com les característiques dels pares i els estudiants.

Pagament per posició

Els pagaments per posició de productes a les pel·lícules, la televisió, els llibres i els videojocs és una altra manera de fer aparèixer les begudes alcohòliques a la vida diària dels joves. Les decisions sobre on posar aquests espais als mitjans de comunicació són el resultat d'una àmplia investigació de mercat i l'ús de bases de dades mercantils estàndards per estudiar els perfils demogràfics de les audiències a diferents mitjans, així com l'efectivitat d'aquests mitjans per oferir audiències objectiu a les empreses interessades a invertir-hi publicitat (Jernigan i O'Hara, 2005).

Internet

El ràpid creixement de les tecnologies d'informació i especialment d'Internet han ofert als fabricants noves oportunitats de promoció. S'han creat llocs web sofisticats utilitzant la tecnologia per crear espais interactius amb gràfics impressionants i animació molt atractiva. La investigació sobre la representació de l'alcohol a Internet s'ha centrat en l'accés per part dels joves, l'exposició al màrqueting de l'alcohol i l'atractiu potencial de llocs web comercials d'alcohol entre els joves. La investigació no ha tractat el contingut de llocs web no comercials que se centren en les begudes alcohòliques o les cultures de consum. De manera semblant, cap estudi ha tractat els efectes potencials del consum originat de l'exposició per part dels joves a les mostres d'alcohol i la promoció a Internet. El Centre per a l'Educació dels Mitjans de Comunicació (citat a Grube i Waiters, 2005) va trobar que els llocs web comercials d'alcohol són fàcilment accessibles per als joves i sovint s'hi accedeix a partir de motors de cerca amb paraules clau no relacionades per a la cerca de jocs, entreteniment, música, concursos i estalvis de pantalla gratuïts. Les anàlisis de contingut dels llocs web de grans empreses de begudes alcohòliques van mostrar que es vol arribar als consumidors joves mitjançant l'enaltiment de la cultura juvenil amb humor, un llenguatge de moda, jocs i concursos interactius, descàrregues de música rock, sales de xat que creen col·lectius i taulers de missatges. En general, es va trobar que aquests llocs fomentaven el consum alcohòlic. Només uns quants d'aquests llocs web incloïen informació sobre els problemes relacionats amb l'alcohol.

Màrqueting de guerrilla i màrqueting viral

El màrqueting de guerrilla també ha crescut als anys noranta gràcies a l'ús de tecnologies com Internet, l'adopció de vacances i celebracions racials i ètniques i l'expansió del patrocini d'esdeveniments esportius o concerts de música popular com a oportunitats per fer màrqueting de l'alcohol (McBride i Mosher, 1985:143; Alaniz i Wilkes, 1998) en els esdeveniments en els quals l'alcohol és una part central de les activitats, i per tant s'introdueixen els productes als estils de vida de la gent jove i als costums diaris (Aaker, 1996; Fleming i Zwiebach, 1999). Les tècniques de màrqueting viral també són populars per animar els consumidors perquè convidin els seus amics a visitar llocs d'Internet, on s'inclouen característiques que permeten als usuaris enviar correus electrònics i missatges de text per mòbil als amics (Cooke [et al.], 2002). S'han fet poques investigacions sobre l'impacte d'aquest màrqueting en gent jove.

Patrocini d'esports

El patrocini comercial s'ha expandit àmpliament des dels anys vuitanta, protagonitzat per la indústria tabaquera i la indústria de les begudes alcohòliques en segon lloc (Meenaghan, 1991, Meerabeau [et al.], 1991). Com a resultat, el patrocini d'alcohol ha esdevingut normal a tot el món en àrees clau de la cultura jove: la música, l'esport, el ball, les pel·lícules i la televisió (vegeu la taula 7.9).

El patrocini representa un gran nombre de beneficis potencials per al patrocinador. Pot ésser un mitjà per evitar les normes de publicitat directa (Meerabeau [et al.], 1991). És una manera barata de fer publicitat que pot arribar fàcilment als segments de mercat preferits (els homes joves són els fans més aficionats als esports i els consumidors de les quantitats més elevades d'alcohol), i aquests consumidors són menys crítics en el patrocini que en els tipus tradicionals de publicitat. A més, el patrocini de grans esdeveniments esportius internacionals pot permetre a una marca penetrar en els països en què el màrqueting directe d'alcohol pot estar fortament restringit o fins i tot prohibit.

Taula 7.9: Exemples d'activitats patrocinades per l'alcohol.

Empresa	Esdeveniment patrocinat	País
Athinaiki Zithopiia (Athenian Brewery S.A.)	Jocs Olímpics d'Atenes 2004	Grècia
Steinlager	All Blacks (http://www.steinlager.com/allblacks/)	Nova Zelanda
Amstel	Lliga de Campions de la UEFA (http://www.uefa.com/competitions/ucl)	Europa
McDowell brands	Partits i equips de futbol i derbis (http://www.mcdowellindia.com/frame_events.html)	Índia
Bailey's	<i>Sexe a Nova York</i>	Regne Unit
Anheuser-Busch	Jocs Olímpics i els tres centres de formació olímpica dels Estats Units (Van Komen, 2000)	EUA
Smirnoff Vodka	Actes en clubs nocturns i programes de ràdio relacionats que s'anomenen <i>The Smirnoff Experience</i> (http://www.smirnoffexperience.com/intro.htm)	Global

Font: Cooke [et al.] (2002).

Hi ha poques investigacions sobre l'efecte del patrocini, i en calen moltes més. El patrocini fa créixer el nivell de consciència entre els consumidors i els no-consumidors de la marca estudiada (Hoek [et al.], 1997). Per als adolescents d'entre 12 i 13 anys que no consumeixen alcohol, l'exposició a les parades de venda de cervesa dels esdeveniments esportius prediu l'inici del consum alcohòlic als 14-15 anys (Ellickson [et al.], 2005). A més, l'assistència a esdeveniments d'entreteniment familiar relacionats amb els esdeveniments esportius prediu el consum alcohòlic entre els adolescents de 12 i 13 anys (Thomsen [et al.], 2004).

Expectatives, opinions i actituds canviants

Les **normes socials** reflecteixen les opinions d'una persona sobre la normalitat i l'adequació de les opinions i els comportaments concrets i, com a resultat, sovint fan pressió per actuar i comportar-se d'una manera concreta (Aas i Klepp, 1992; Austin i Johnson, 1997a, 1997b; Austin i Knaus, 2000; Austin i Meili, 1994; Austin i Nach-Ferguson, 1995; Thomsen i Rekve, 2004). En la majoria dels casos, aquesta pressió és interna i reflecteix què pensem que els altres esperen de nosaltres en situacions determinades. Tal com proposa la teoria cognitiva, les normes socials sovint s'aprenen mitjançant l'observació i les experiències indirectes. Per exemple, els adolescents, que veuen que altres adolescents consumeixen alcohol, bé sigui a la televisió o en una situació de la vida real, poden arribar a pensar que tots els adolescents consumeixen alcohol, i per tant això crea pressió per adaptar-se a aquest estàndard normatiu (Aas i Klepp, 1992). El problema és que els adolescents tendeixen a sobrevalorar la freqüència de consum per part d'altres adolescents, i per tant es creen opinions i pressions relacionades que no s'ajusten a la realitat (Aas i Klepp, 1992).

Per als nens i adolescents que encara no han començat a consumir alcohol, les **expectatives** reben la influència de les suposicions normatives sobre el consum alcohòlic entre els adolescents i de l'observació del consum alcohòlic entre els pares, companys i models que apareixen als mitjans de comunicació (Aas, 1993; Ary [et al.], 1993; Cumsille [et al.], 2000; Curran [et al.], 1997; Grube i Wallack, 1994; Jackson [et al.], 1999; Webb [et al.], 1996). Un nombre cada cop més gran d'investigacions han relacionat l'exposició a les representacions de consum alcohòlic als mitjans de comunicació amb el desenvolupament d'expectatives de consum positives de nens i adolescents (Andsager [et al.], 2002; Austin i Johnson, 1997a, 1997b; Austin i Knaus, 2000; Austin i Meili, 1994; Aitken, 1989; Aitken [et al.], 1988; Austin i Knaus, 2000; Austin i Meili, 1994; Austin i Nach-Ferguson, 1995; Austin [et al.], 2000; Dunn i Yniguez, 1999; Grube i Wallack, 1994; Kelly i Edwards, 1988; Kotch [et al.], 1986; Martin [et al.], 2002; Hill i Caswell, 2001).

Molts estudis indiquen que les representacions de **consum alcohòlic incidental** als mitjans d'entreteniment i els missatges i les imatges de la publicitat tenen influència en les opinions i comportaments dels adolescents que no tenen l'edat mínima legal per consumir alcohol (Aitken, 1989; Atkin, 1990; Connolly [et al.], 1994; Jones i Donovan, 2001; Martin [et al.], 2002; Waiters [et al.], 2001; Wyllie [et al.], 1998). Les expectatives positives sobre l'alcohol, al seu torn, també s'han relacionat amb el consum alcohòlic actual entre els adolescents (Aas, 1993; Aas [et al.], 1995; Aas [et al.], 1998; Austin i Johnson, 1997a, 1997b; Brown [et al.], 1987; Connolly [et al.], 1994; Grube i Wallack, 1994; Kotch [et al.], 1986). Alguns d'aquests estudis, malgrat tot, han estat criticats perquè no han aportat prou dades empíriques per poder afirmar una relació causal entre l'exposició als mitjans i les actituds i comportaments (Kohn i Smart, 1984; Smart, 1988) i també perquè alguns d'aquests estudis van observar relacions d'efectes molt baixes (Beccaria, 2001; Grimm, 2002; Nelson, 1999; Strickland, 1983).

L'**anàlisi de contingut** indica que molts anuncis d'alcohol relacionen el consum alcohòlic amb atributs personals de valor (per exemple, la sociabilitat, l'elegància o l'atractiu físic) i amb resultats desitjables (per exemple, l'èxit, la relaxació, els idil·lis, l'aventura) (Strickland [et al.], 1982). En general, els nens i adolescents pensen que la publicitat de begudes alcohòliques

on apareixen famosos, humor, animació i música coneguda és especialment atractiva (Chen i Grube, 2002; Atkin i Block; 1983). Els nois adolescents se senten especialment atrets pels anuncis de begudes alcohòliques que mostren esports (Slater *[et al.]*, 1996, 1997).

Un estudi relativament ampli va observar les relacions entre la **consciència dels nens** de la publicitat de begudes alcohòliques i el seus coneixements i opinions sobre el consum alcohòlic (Grube, 1995; Grube i Wallack, 1994). La consciència de publicitat de les begudes alcohòliques per part dels nens es va investigar mitjançant presentacions d'una sèrie de fotografies extretes d'anuncis televisius de cerveses sense que es fes cap referència al producte o a la marca. Es va preguntar als nens si havien vist l'anunci i si era així, que identifiquessin el producte que s'anunciava. Els nens que eren més conscients de la publicitat tenien més coneixements de les marques de cervesa i d'eslògans així com opinions més positives sobre el consum alcohòlic, que es van mantenir tenint en compte estadísticament la possibilitat que les opinions i els coneixements anteriors poguessin afectar la consciència dels nens sobre la publicitat.

Per tant, un estudi recent va trobar que els joves amb **respostes afectives més positives** envers la publicitat de begudes alcohòliques tenien expectatives de consum més favorables, percebien una aprovació social més gran per consumir alcohol, pensaven que consumir alcohol era més normal entre els companys i adults, intentaven consumir més que els adults i consumien alcohol amb més freqüència i en quantitats més grans (Chen i Grube, 2002). Aquests resultats es van mantenir, tot i que els efectes recíprocs del consum alcohòlic, les intencions i les opinions sobre l'efecte positiu respecte la publicitat de begudes alcohòliques es van controlar estadísticament.

Entre els joves de 15 a 20 anys, la publicitat de begudes alcohòliques té influència a l'hora de formar les actituds i percepcions dels joves pel que fa als missatges de publicitat de begudes alcohòliques, que al mateix temps prediuen les expectatives i intencions positives per consumir, cosa que indica que els efectes de la publicitat de begudes alcohòliques sobre les intencions de consumir alcohol depenen de les respostes cognitives envers els missatges de publicitat i les expectatives positives (Fleming *[et al.]*, 2004). Els adolescents de catorze anys amb una exposició més gran als anuncis que apareixien a les revistes, als esdeveniments esportius, a la música i a la televisió són més conscients de la publicitat que els adolescents que hi estan menys exposats, així com passa amb els adolescents que miren més la televisió, posen atenció als anuncis de cervesa i coneixen adults que en consumeixen (Collins *[et al.]*, 2003). Entre els adolescents de 10 i 17 anys, l'atractiu percebut dels anuncis de cervesa depèn de les respostes afectives positives evocades pels elements específics que apareixen als anuncis. El fet que els agradessin els elements específics que apareixien als anuncis de cervesa va contribuir al fet que els agradessin en general aquests anuncis i per tant a l'efectivitat de la publicitat, tal com mostra l'intent de compra del producte i la marca promocionada per aquests anuncis (Chen *[et al.]*, 2005).

Comportament canviant

L'impacte dels anuncis de begudes alcohòliques en un canvi de comportament es pot mesurar a partir dels estudis fets als consumidors i els estudis de població (majoritàriament econòmics).

Estudis fets als consumidors

L'impacte que la publicitat pot tenir en el comportament dels joves s'exemplifica molt bé amb el **tabac**, on s'ha acceptat que la publicitat està relacionada amb el consum de cigarrets. Una revisió sistemàtica de nou estudis longitudinals que van fer un seguiment a més de 12.000 no-fumadors inicials va trobar que l'exposició a la publicitat i la promoció del tabac estava associada amb la probabilitat que els adolescents comencessin a fumar (Lovato *[et al.]*, 2003). Segons la força d'aquesta relació, la coherència dels resultats en molts estudis observacionals, la temporalitat de l'exposició i els comportaments respecte al tabac que es van observar, així com la versemblança teòrica pel que fa a l'impacte de la publicitat, la revisió va arribar a la conclusió que la publicitat i la promoció del tabac augmenten la probabilitat que els adolescents comencin a fumar.

S'han trobat resultats semblants pel que fa a les **preferències d'aliments**, on una revisió sistemàtica va trobar el següent: evidència considerablement sòlida, a partir de 14 estudis, que l'exposició a la publicitat d'aliments té influència en les preferències de menjar dels nens; evidència sòlida i coherent, a partir de 7 estudis, que l'exposició a la publicitat d'aliments té influència en el comportament de compra del nen i els comportaments relacionats amb la compra; evidència moderada, a partir d'11 estudis, que l'exposició a la publicitat d'aliments té influència en el comportament de consum d'aliments del nen; evidència a partir de 6 estudis d'una relació considerable entre mirar la televisió i la dieta, l'obesitat i el colesterol; evidència a partir d'un estudi que una exposició més gran als anuncis d'aliments està associada a un consum més gran de refrigeris i aliments calòrics; evidència a partir de 8 estudis que la publicitat d'aliments té influència en el comportament i la dieta alimentària dels nens independentment d'altres influències com el comportament dels pares o el preu; i el més important, evidència a partir de 13 estudis que indica que la publicitat del menjar té influència en les preferències respecte a les marques i les preferències de categoria entre els nens (Hastings *[et al.]*, 2003).

Consum elevat d'alcohol ocult

La importància de com la gent jove percep els anuncis es mostra en un estudi on tres grups d'estudiants universitaris nord-americans (dos terços dels quals tenien 20 anys o menys) miraven dos tipus d'anuncis de cervesa (Proctor *[et al.]*, 2005). En aquests anuncis, els codis estipulen que els actors no poden ser menors de 25 anys i no han de semblar més joves de 21 anys. Els resultats van mostrar que mentre es percebia que tots els actors, de mitjana, superaven l'edat legal mínima de compra (21 anys), en un dels anuncis els actors semblaven més joves de 25 anys, l'edat mínima (real) exigida. Tots els protagonistes dels anuncis es consideraven atractius, i la protagonista femenina es considerava la més atractiva. Tot i que cap dels anuncis mostrava l'acte físic de consumir alcohol, els estudiants, no obstant, percebien que els protagonistes consumien en episodis de consum intensiu. En un anunci es percebia que consumien més de 5 begudes en situacions normals i més de 10 begudes en celebracions. Aquestes dades indiquen que el contingut d'informació d'alguns anuncis, reflectit potser en el comportament dels actors, l'aspecte, l'idioma i el context de la situació, transmet el missatge que els personatges consumeixen en episodis de consum intensiu, quelcom que no és fàcilment identificat pels codis de publicitat.

Les primeres investigacions a partir d'enquestes fetes a nens i adolescents va donar alguna evidència sobre les relacions entre la publicitat de **begudes alcohòliques** i una probabilitat més alta de consumir alcohol (Aitken [et al.], 1988; Atkin i Block, 1980, Atkin [et al.], 1983, 1984; Austin i Meili, 1994; Austin i Nach-Ferguson, 1995; Grube, 1995; Grube i Wallack, 1994; Wyllie [et al.], 1998a, b). Els efectes eren pocs, malgrat tot, i alguns estudis no van trobar relacions importants (Adlaf i Kohn, 1989; Strickland, 1982, 1983). A més, el disseny de l'estudi de la investigació no va poder determinar si, per exemple, els anuncis provocaven els comportaments o si els comportaments que ja existien conduïen a una consciència més gran dels anuncis.

Nombrosos estudis han intentat investigar si els nens i els adolescents als qui agraden els anuncis de begudes alcohòliques tenen diferents comportaments de consum dels nens i adolescents als qui no agraden els anuncis. En un estudi de 213 nens de 7 a 12 anys, com més agradaven els anuncis de begudes alcohòliques als nens, més probable era que haguessin provat l'alcohol (Austin i Nach-Ferguson, 1995).

Estudis a Nova Zelanda

Un estudi fet a Nova Zelanda durant uns quants anys a partir d'una mostra aleatòria de 677 adolescents va trobar que els homes joves que a l'edat de 15 anys podien recordar més anuncis de begudes alcohòliques (majoritàriament anuncis de cervesa) bevien més quantitat de cervesa quan tenien 18 anys que els homes que podien recordar-ne menys quan tenien 15 anys (Connolly [et al.], 1994). Malgrat tot, es van trobar resultats oposats en el cas de les dones.

Un estudi més recent fet a 500 nens neozelandesos d'entre 10 i 17 anys va concloure que els anuncis de cervesa que agradaven als nens tenien influència en el nivell d'alcohol que esperaven consumir als 20 anys (Wyllie [et al.], 1998a). Les anàlisis estadístiques van arribar a la conclusió que mentre el fet que els anuncis de begudes alcohòliques siguin atractius té influència en el nivell i les intencions de consum, l'afirmació contrària no sembla ser veritat. En un estudi semblant d'un grup d'edat més gran, es van trobar resultats més convincents en 1.012 joves de 18 a 29 anys seleccionats aleatòriament (Wyllie [et al.], 1998b). En aquest cas, com més agradaven els anuncis d'alcohol als enquestats, més probable era que consumissin alcohol en quantitats més elevades i estiguessin d'acord amb afirmacions positives com «consumir alcohol és una bona manera d'escapar dels problemes de la vida diària». El més important era que, com més els agradaven els anuncis, més problemes amb el consum alcohòlic afirmaven tenir, com les baralles després d'haver begut. El càlcul estadístic va arribar a la conclusió que la publicitat de l'alcohol i les respostes a aquesta publicitat tenen influència en les opinions de consum, els comportaments i els problemes més que no pas al revés.

Estudis als Estats Units

El 1998, l'Institut Nacional sobre el Consum de Risc d'Alcohol i la Dependència de l'Alcohol dels EUA va subvencionar tres estudis longitudinals. Ellickson [et al.] (2005) van fer un seguiment a més de 3.000 adolescents d'entre 13 i 15 anys durant tres anys. Comparant els consumidors i els no-consumidors a l'inici, van trobar que l'exposició als anuncis de cervesa dins dels establiments pronosticava l'inici de consum dels no-consumidors després de 2 anys, i l'exposició a la publicitat de les revistes i les parades de cerveses als esdeveniments

esportius o musicals pronosticava la freqüència de consum després de dos anys. No van trobar cap efecte predictiu important de l'exposició als anuncis de televisió per als consumidors o els no-consumidors. Malgrat tot, Stacy [et al.] (2004) van trobar efectes de la publicitat a la televisió. Van començar amb un grup de 2.250 adolescents de 12 i 13 anys i, utilitzant una combinació de variables d'exposició i memòria, van trobar que l'augment a l'hora de veure programes de televisió que contenien anuncis d'alcohol estava associat amb un 44% de risc més gran de consumir cervesa, un 34% de risc més gran de consumir vi o licor i un 26% de risc més gran de patir episodis de consum de tres begudes en una sola ocasió un any més tard. Finalment, el tercer estudi que va utilitzar dades longitudinals va mostrar que les despeses de publicitat d'alcohol al mercat estaven relacionades positivament amb l'exposició comunicada per les mateixes persones amb la publicitat d'alcohol i amb el consum alcohòlic individual entre els joves i els adults joves, tot i que els efectes van ser pocs (Snyder [et al.], 2002).

Estudis de població

S'han observat constatacions heterogènies a partir dels estudis basats en la població, com es pot veure a la taula 7.10 (vegeu Calfee i Scheraga, 1994; Saffer, 1995, 1996). Un estudi fet al Regne Unit indica que una disminució d'un -1% en la publicitat d'alcohol s'associaria, com a màxim, amb un -0,1% de disminució en el consum (Godfrey, 1994). També s'han analitzat dades dels Estats Units del 1970 fins al 1990 per investigar els canvis en el consum per capita en funció dels canvis en la publicitat. Tot i que els anys amb més publicitat total de vi i licors van tenir nivells de consum relativament més alts, un model que va tenir en compte els canvis al llarg del temps no va trobar cap evidència sobre el fet que els canvis en la publicitat estiguessin relacionats amb els canvis de consum (Fisher i Cook, 1995). Els resultats indicaven que l'augment de la publicitat de licors estava relacionat amb una caiguda de la quota de mercat del vi, la qual cosa indicava que aquest tipus de publicitat podia reordenar la quota de mercat.

Estudis posteriors han indicat efectes importants de la publicitat de begudes alcohòliques en els problemes relacionats amb l'alcohol (Saffer, 1991, 1997; Saffer i Dave, 2004). Els països amb restriccions parcials tenien un 16% de consum més baix i índexs de víctimes mortals amb vehicles de motor un 10% més baixos que els països que no tenien restriccions, i els països amb prohibicions totals dels anuncis de begudes alcohòliques a la televisió tenien un índex de consum un 11% més baix i un índex de víctimes mortals amb vehicles de motor un 23% menor que els països amb restriccions parcials (Saffer, 1991, 1993b). Després de tenir en compte les diferències regionals de preu i les variables de població com els ingressos i la religió, es va veure que els augments en la publicitat de begudes alcohòliques estaven considerablement relacionats amb els augments de víctimes mortals que conduïen vehicles a la nit o durant la nit i el dia als estats d'EUA (Saffer, 1997). Es va estimar que una prohibició total de la publicitat de begudes alcohòliques podia reduir cada any de 5.000 a 10.000 víctimes mortals amb vehicles de motor.

Taula 7.10: Resultats dels estudis econòmètrics de la publicitat respecte a les variables de consum alcohòlic i danys.

Estudis de sèries temporals			
Blake i Nied (1997)	Regne Unit	1952-1991	Petit augment a causa de la publicitat
Bourgeois i Barnes (1979)	Canadà	1951-1974	Cap efecte de la publicitat
Calfee i Scheraga (1994)	França, Alemanya, Països Baixos i Suècia		Cap efecte de la publicitat
Duffy (1987)	Regne Unit	1963-1983	Cap efecte de la publicitat
Duffy (1991)	Regne Unit	1963-1985, trimestralment	Cap efecte de la publicitat
Duffy (1995)	Regne Unit	1963-1988, trimestralment	Cap efecte de la publicitat
Duffy (2001)	Regne Unit	1964-1996, trimestralment	Cap efecte de la publicitat
Franke i Wilcox (1987)	Estats Units	1964-1984, trimestralment	Petit augment a causa de la publicitat de vi i cervesa
Grabowski (1976)	Estats Units	1956-1972	Cap efecte de la publicitat
Lee i Trembley (1992)	Estats Units	1953-1983	Cap efecte de la publicitat
McGuinness (1980)	Regne Unit	1956-1975	Petit augment a causa de la publicitat de licors
McGuinness (1983)	Regne Unit	1956-1979	Petit augment a causa de la publicitat de cervesa
Nelson (1999)		Estats Units, quadrimestralment	Cap efecte de la publicitat
Nelson i Moran (1995)	Estats Units	1964-1990	Cap efecte de la publicitat
Selvanathan (1989)	Regne Unit	1955-1975	Petit augment a causa de la publicitat de cervesa
Estudis transversals			
Goel i Morey (1995)	Estats Units	1959-1982	Augment a causa de la publicitat
Saffer (1997)	Estats Units	1986-1989, quadrimestralment	Augment a causa de la publicitat
Estudis de prohibició			
Sèries interrompudes			
Makowsky i Whitehead (1991)	Saskatchewan		Cap efecte de la publicitat
Ogborne i Smart (1980)	Manitoba		Cap efecte de la publicitat
Smart i Cutler (1976)	Colúmbia Britànica		Cap efecte de la publicitat

Multivariats			
Ornstein i Hanssens (1985)	Estats Units	1974-1978	Augment a causa de la publicitat
Saffer (1991)	Organització de Cooperació i Desenvolupament Econòmic (OCDE)	1970-1990	Les prohibicions provoquen una reducció
Young (1993)	Organització de Cooperació i Desenvolupament Econòmic (OCDE)	1970-1990	Resultats heterogenis
Nelson i Young (2001)	Organització de Cooperació i Desenvolupament Econòmic (OCDE)	1970-1990	Les prohibicions provoquen un augment
Saffer i Dave (2002)	Organització de Cooperació i Desenvolupament Econòmic (OCDE)	1970-1995	Les prohibicions provoquen una reducció

Font: Saffer i Dave (2003)

Entre els joves de 12 a 16 anys, l'elasticitat de la despesa en publicitat pel que fa al consum alcohòlic el mes anterior es va estimar en un 0,08 i pel que fa als episodis de consum intensiu el mes anterior en un 0,14 (Saffer i Dave, 2003). Les dades indicaven que l'eliminació total de la publicitat de begudes alcohòliques podia reduir el consum mensual d'alcohol entre els adolescents en un 24% i els episodis de consum intensiu en un 42%. L'extensió d'aquest efecte era semblant a doblar el preu de l'alcohol, que es va estimar que reduïa el consum alcohòlic mensual entre els adolescents un 28% i els episodis de consum intensiu un 51%.

Els estudis econòmètrics de l'impacte de la publicitat tenen moltes debilitats ja que depenen de la creació d'equacions complexes per calcular un fenomen social extremadament complicat (Smart, 1988; Godfrey, 1989; Harrison i Godfrey, 1989; Saffer, 1996): les dades sobre les variables clau, especialment de la despesa en publicitat, normalment no apareixen; es creu que la despesa en publicitat és un marcador precís de l'efectivitat de la publicitat, mentre que el contingut també és important (Strickland, 1982); els models no tenen en compte la implicació activa dels consumidors en el procés de comunicació (Casswell, 1995) que condueix a anuncis més efectius (Casswell i Zhang, 1998); les complicacions com la retroacció, la reciprocitat potencial de la publicitat, els nivells de consum, i el desgast de la publicitat moltes vegades s'ignoren. Els estudis se centren en la publicitat i deixen de banda la naturalesa integrada del màrqueting.

No és sorprenent, doncs, que altres estudis hagin arribat a la conclusió que una prohibició total per emetre anuncis de begudes alcohòliques no té efectes mesurables sobre el consum alcohòlic, probablement a causa dels efectes de substitució (Nelson, 2003).

Una base fisiològica per al màrqueting

Els estudis de reactivitat als senyals en adults que depenen de l'alcohol han mostrat respostes neurològiques, cognitives i fisiològiques atípiques als estímuls relacionats amb l'alcohol i diferents de les respostes dels consumidors de baixes quantitats d'alcohol. Els adolescents de 14 a 17 anys amb trastorns causats pel consum alcohòlic tenien una activació cerebral considerablement més gran respecte de les imatges de begudes alcohòliques que els joves del grup de control, especialment en les àrees del cervell relacionades amb la recompensa, el desig i l'afecte positiu (Tapert [et al.], 2003). El grau de resposta del cervell al consum alcohòlic era més alt en els joves que consumien més begudes per mes i expressaven un desig més gran de consumir (vegeu la figura 7.6).

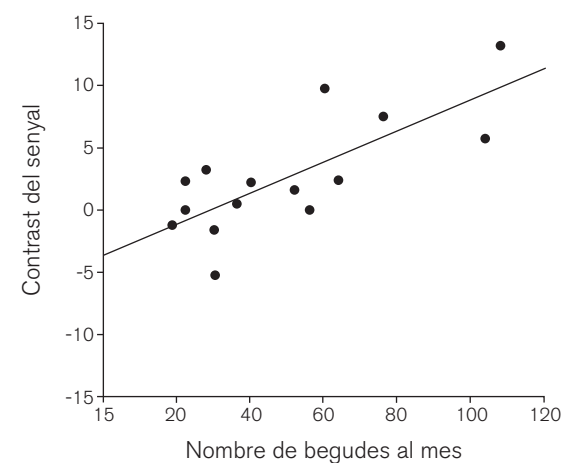


Figura 7.6: Contrast del senyal de la resposta segons el nivell d'oxigen a la sang en la regió dreta cingular del precúneus/posterior durant l'exposició a imatges de begudes alcohòliques representades en funció de les begudes consumides al mes per adolescent amb trastorns de consum d'alcohol.

Font: Tapert [et al.], 2003

Autoregulació del màrqueting de l'alcohol

La regulació consta de tres elements: la legislació (que defineix normes adequades), l'aplicació (que emprèn accions contra els infractors) i la resolució (que decideix si s'ha produït una infracció i s'imposa una sanció adequada) (Swire, 1997). El terme *autoregulació* significa que la indústria, més que el govern, està fent la regulació. Malgrat tot, no vol dir necessàriament que el govern no hi participi. En comptes d'assumir els tres elements de la regulació, la indústria pot estar involucrada en un o dos. Per exemple, la indústria pot estar involucrada en la fase de legislació i desenvolupar un codi de pràctiques i delegar-ne l'aplicació al govern, o el govern pot establir les normes i delegar-ne l'aplicació al sector privat. Algunes vegades el govern ordena que la indústria adopti i apliqui un codi d'autoregulació. Moltes vegades, la indústria participa en l'autoregulació per evitar la regulació del govern. Alternativament, l'autoregulació es pot emprendre per implementar o suplantar la legislació (Kuitenbrower, 1997). El terme *coregulació* a vegades s'utilitza quan les regles es creen, s'administren i s'apliquen entre els organismes de govern i les institucions de la indústria (vegeu Caswell i Maxwell, 2005). Al Regne Unit, per exemple, l'emissió de publicitat està coregulada per Ofcom, l'organisme reglamentari que supervisa el contingut i l'estructura de la indústria de les comunicacions i té la responsabilitat de fer auditories; i un organisme de la indústria, l'Autoritat Reguladora de Normes Publicitàries, que ha esdevingut un «punt únic» per crear totes les normes de publicitat i recollir les queixes dels consumidors.

Els **avantatges de l'autoregulació** respecte a la regulació governamental inclouen l'efectivitat, una flexibilitat més gran, incentius de conformitat més alts i un cost menor. Per exemple, s'argumenta que les empreses d'una indústria és probable que tinguin més coneixements d'un tema concret en comparació amb un organisme del govern (Michael, 1995). Aquest factor pot ser especialment important on calen coneixements tècnics per desenvolupar normes adequades i decidir si aquestes s'han infringit. En segon lloc, es creu que l'autoregulació és més flexible que la regulació governamental (Michael, 1995). És més fàcil per a una associació comercial modificar les normes com a resposta a unes circumstàncies canviants que modificar les regles per a un organisme governamental. A més, l'autoregulació pot adaptar-se millor a una indústria particular que la regulació governamental. Un altre argument a favor de l'autoregulació és que té més incentius de conformitat (Swire, 1997). Es creu que si les normes són fetes per la indústria, és més probable que les empreses de la indústria les percebin com a raonables. Les empreses poden estar més disposades a complir les normes desenvolupades per altres empreses semblants que les que vénen de fora. En quart lloc, es creu que l'autoregulació és menys costosa per al govern perquè el cost de desenvolupar i aplicar normes recau en la indústria (Campbell, 1999).

Els **crítics de l'autoregulació** qüestionen la base dels arguments a favor de l'autoregulació. Per exemple, mentre s'admet que la indústria pot tenir més habilitats tècniques que el govern, s'ha qüestionat si les empreses utilitzen aquestes habilitats per al benefici de la població i es creu el contrari, és a dir, que és més probable que utilitzin les seves habilitats per maximitzar els beneficis de la indústria (Swire, 1997). De manera semblant, la idea que la indústria complirà més les normes amb les seves regulacions que si s'imposen de l'exterior pot semblar poc convincent allà on la indústria està activament involucrada per desenvolupar les normes. Deixar que la indústria faci les regulacions pot representar que la indústria pugui modificar els objectius regulatoris segons els seus objectius comercials (Baker i Miller, 1997). Els grups autoreguladors poden estar més subjectes a la pressió de la indústria que els organismes governamentals. A més, la naturalesa privada de l'autoregulació pot donar una atenció inadequada a les necessitats de la població o els punts de vista de les parts afectades fora de la indústria. Molts qüestionen l'adequació de l'aplicació en règims autoreguladors i reconeixen que és possible que la indústria no vulgui destinar els recursos necessaris perquè l'autoaplicació sigui contundent (Balkam, 1997). Tampoc no queda clar si la indústria té el poder suficient per aplicar les sancions adequades. Com a molt, una associació comercial pot castigar l'incompliment de les normes amb l'expulsió. Si l'expulsió és una mesura dissuasòria efectiva dependrà de si els beneficis de ser membre són importants (Perrit, 1997). Si una empresa pot guanyar més beneficis ignorant l'autoregulació que complint-la, és més probable que ho faci així, especialment on l'incompliment no és fàcilment identificat pel consumidor o no és probable que perjudiqui la reputació de l'empresa (Swire, 1997).

Els **codis de contingut** inclouen normalment el compromís de no associar l'alcohol amb l'èxit social i sexual, i no mostrar intoxicacions o relacionar l'alcohol amb gent més jove o amb la conducció. Les investigacions han mostrat de manera contundent que la interpretació d'aquestes precaucions depèn de si l'estudi està realitzat per un organisme designat per la indústria, els representants de la societat o el grup de persones objectiu implicat. Per exemple, un estudi australià va informar que membres de la societat en general van trobar un gran nombre d'anuncis que violaven les normes més importants del codi, mentre que un estudi fet per la indústria no ho va fer (Saunders i Yap, 1991). Tal com s'ha dit abans, el contingut del

màrqueting contemporani cada vegada és més sofisticat, subtil i interactiu. Això presenta un repte més gran per supervisar i controlar el contingut. Brown (1995) identifica l'ús creixent d'elements postmoderns en la publicitat moderna, com l'escepticisme, la subversió, la ironia, l'anarquia, l'alegria i la paradoxa. El fet que els espectadors siguin «recipients actius» de publicitat crea una dificultat més gran per aplicar els codis de contingut. Els missatges publicitaris es reben i s'entenen en el context de l'experiència viscuda pels receptors. Per exemple, els anuncis que suggereixen la intoxicació sense mostrar-la expressament poden reforçar les normes que donen suport al consum elevat d'alcohol. La investigació ha documentat que la gent jove pensa que els anuncis promouen el consum fins que s'arriba a la intoxicació (Wyllie [et al.], 1997, 1998) però aquests anuncis no necessàriament es percebrien com a tals per tots els espectadors. De manera semblant, mentre molts codis restringeixen l'aparició de joves als anuncis, no cal tenir-los presents per atraure els consumidors menors d'edat, sinó que és suficient mostrar els estils de vida als quals aspiren els adults joves (Hill i Caswell, 2001). Per tant, una quantitat elevada de màrqueting de l'alcohol és probable que sigui efectiva a l'hora d'atraure la gent jove menor d'edat sense infringir els codis.

L'autoregulació als Estats Units

Un exemple de la fragilitat dels sistemes autoreguladors es pot trobar en la publicitat de licors a la televisió americana, tal com informa Campbell (1999): «*La publicitat de licors emesa va ser prohibida pel Codi de Bona Pràctica del Consell de Licors Destil·lats dels Estats Units (DISCUS, 1995), l'associació comercial nacional dels productors i venedors de licors destil·lats. El març de 1996, Seagram, el segon venedor més gran de licors destil·lats, va violar el Codi de Pràctica emetent un anunci de licors en una petita cadena d'esports de televisió per cable. Uns mesos després, va violar la prohibició de nou emetent un anunci en una filial de l'ABC a Corpus Christi (Texas). En comptes d'imposar sancions, DISCUS va votar revocar la prohibició voluntària el novembre de 1996 (vegeu Campbell, 1999). Segons el president de DISCUS, l'associació no tenia cap base per permetre l'emissió d'anuncis de cervesa i licor i no d'altres begudes alcohòliques. Els membres de DISCUS estaven indubtablement al corrent de la decisió del Tribunal Suprem sobre 44 Liquormart, Inc. v. Rhode Island, anunciada el maig de 1996, que va revocar una llei estatal que prohibia la publicitat dels preus dels licors. Aquesta decisió, efectivament, va eliminar l'amenaça creïble de la regulació governamental. Tot i que DISCUS va revocar la prohibició sobre la publicitat emesa, altres directives del Codi de Pràctica de DISCUS es van mantenir en efecte. Per exemple, el Codi marcava que els licors destil·lats s'havien de presentar 'de manera responsable' i 'no s'havia de fer publicitat o comercialitzar el producte amb la intenció d'atraure els menors que no tenen l'edat mínima legal per comprar alcohol'».*

La Comissió Federal de Comerç (FTC) (1999) ha qüestionat l'efectivitat de les disposicions autoreguladores. L'agost del 1998, l'FTC va començar una investigació sobre les pràctiques publicitàries de 8 dels venedors nacionals més grans de cervesa, vi i licors. Específicament buscava informació sobre com les empreses havien implementat les disposicions del codi que prohibien la publicitat amb l'objectiu d'atraure o arribar a persones que no tenien l'edat mínima legal per consumir alcohol. Al mateix temps, l'FTC (1998) va presentar una queixa contra un anunci de cervesa que mostrava adults joves de festa i bevent cervesa en un velar. La queixa deia que els anuncis no complien el Codi de l'Institut de Cervesa perquè mostraven els passatgers del velar bevent cervesa «mentre estaven involucrats en activitats que requereixen un alt grau d'estat d'alerta i coordinació per tal d'evitar caure per la borda».

Aquestes accions portades a terme per l'FTC indiquen que els codis autoreguladors de la indústria de les begudes alcohòliques no s'estan aplicant de manera efectiva.

L'any 2003, la Comissió Federal de Comerç va afirmar que les pràctiques autoreguladores havien millorat des de l'informe que es va fer el 1999, tot i que expressaven preocupació perquè «*tot i que s'estan prenent mesures, els anuncis de begudes alcohòliques dirigits als consumidors joves amb edat legal també poden atraure els consumidors que no tenen l'edat legal*». La fiabilitat d'aquestes conclusions s'ha posat en dubte (Mosher i Johnsson, 2005).

L'autoregulació a Austràlia

En el seu informe de l'any 2003, el Comitè Nacional per a la Regulació de la Publicitat de l'Alcohol (NCRAA) va constatar que aproximadament el 5% de totes les queixes rebudes pel Consell de Normes de la Publicitat (ASB) estaven relacionades amb la publicitat d'alcohol. Cap de les 361 queixes d'un total de 48 anuncis d'alcohol diferents ha estat confirmada.

Resolució sobre anuncis a Austràlia

Entre el maig de 1998 i l'abril de 1999, 11 queixes sobre la publicitat de begudes alcohòliques (en relació amb 9 anuncis diferents) es van presentar al Consell de Normes de la Publicitat (ASB) per part de membres de la població civil. Es va demanar als experts en màrqueting i als estudiants de publicitat, sense conèixer les normes de l'ASB, que diguessin si els anuncis incomplien alguna de les clàusules del Codi d'Ètica dels Anunciants Nacionals de l'Associació Australiana o el Codi de Publicitat de les Begudes Alcohòliques (Jones i Donovan, 2002). La majoria dels jutges experts van reconèixer que s'havien incomplert els codis en set dels nou anuncis. Respecte als nou anuncis, la majoria dels estudiants universitaris pensava que incomplien un o més dels codis de pràctica. L'ASB va dictaminar que cap dels anuncis incomplia els codis.

La indústria de les begudes alcohòliques va establir el Codi de Publicitat de Begudes Alcohòliques (ABAC) i tracta temes de publicitat específics sobre l'alcohol, com la incidència en els joves i el consum alcohòlic en relació amb els esports o l'èxit sexual. La indústria ha creat una Comissió de Resolució per escoltar les queixes sobre l'incompliment del codi de l'ABAC. Des de la seva constitució l'any 1998, la Comissió de Resolució de l'ABAC ha rebut un total de 20 queixes. D'aquest total, cinc es van admetre i tretze es van desestimar. Durant la seva revisió, l'NCRAA va arribar a la conclusió que el sistema actual no s'ocupa de les preocupacions de salut pública de la publicitat i el consum alcohòlic: la població no és conscient del sistema de resolució de queixes i, especialment, de com fer-les; no hi ha prou informació sobre com es resolen queixes i els resultats d'aquestes; el sistema actual no s'aplica a tots els tipus de publicitat; per exemple, les promocions i la publicitat a Internet, i l'efectivitat del sistema actual es veu compromesa pel temps necessari per resoldre les queixes.

Controls de la publicitat

Resum

Es disposa d'evidència que indica que el **desenvolupament de nous productes** és atractiu per als consumidors menors d'edat i que aquest públic és qui els consumeix més fàcilment. Les **promocions de preu** fan augmentar els episodis de consum intensiu i l'exposició a la publicitat en el **punt de compra** pronostica l'inici del consum alcohòlic entre els joves. Hi ha evidència d'anuncis d'alcohol que **van dirigits** als consumidors menors d'edat i evidència contundent que **l'exposició** a la televisió i als vídeos musicals i el patrocini d'anuncis de begudes alcohòliques pronostiquen l'inici del consum alcohòlic entre els joves i fan augmentar el consum alcohòlic. Els **estudis fets a consumidors** han mostrat que els anuncis de begudes alcohòliques causen expectatives i actituds positives envers l'alcohol. Els estudis fets a consumidors també han mostrat que l'exposició a la publicitat del tabac fa augmentar **l'inici en el consum de tabac** entre la gent jove, l'exposició als anuncis d'aliments canvia el **comportament del consum d'aliments** dels nens i cada vegada hi ha més evidència que l'exposició als anuncis de begudes alcohòliques fa augmentar **l'inici del consum alcohòlic** entre els adolescents. Tot i les dificultats dels estudis basats en la població, hi ha evidència d'alguns **estudis econòmics** que han trobat una relació entre el volum de publicitat, el comportament de consum i els resultats, i d'altres no. Hi ha evidència que la publicitat afecta l'activitat cerebral relacionada amb les recompenses i els desitjos. Com a conclusió, restringir el volum d'anuncis de begudes alcohòliques és probable que redueixi els danys, tal com es pot veure a la taula 7.11. Atès que els anuncis tenen un impacte especial a l'hora de fomentar una actitud més positiva envers el consum alcohòlic entre els joves, fins i tot en anuncis que no mostren el consum alcohòlic, la gent jove percep que els protagonistes són bevedors amb consum de risc. És probable que restringir el contingut dels anuncis redueixi els danys, tot i que això no s'ha avaluat específicament. A data d'avui, l'autoregulació de les comunicacions comercials fetes per la indústria de les begudes alcohòliques no sembla ser efectiva.

Taula 7.11: Índexs d'efectivitat dels controls de publicitat.

	Efectivitat ¹	Extensió del suport a la recerca ¹	Relació cost-efectivitat ¹
Reducció del volum de publicitat	+ / ++	++	+++
Controls en el contingut de la publicitat	?	0	++

¹ Per consultar les definicions vegeu la taula 7.1.

Font: Babor [et al.] (2003) (modificada).

Impacte i costos

El programa Escollir intervencions amb bona relació cost-efectivitat de l'Organització Mundial de la Salut va calcular l'impacte dels controls de publicitat segons una reducció del 2-4% en la incidència del consum de risc d'alcohol, a partir d'unes anàlisis de sèries temporals internacionals sobre l'impacte de la prohibició de la publicitat (Grube i Agostinelli, 2000; Saffer, 2000; Saffer i Dave, 2002). Tot i que no és políticament acceptable a l'Europa contemporània, en cas que s'implementés una prohibició de la publicitat a tota la Unió, el model va estimar que

aquesta prohibició pot evitar entre 300 (països B d'Europa) i 616 (països C d'Europa) anys de vida ajustats per invalidesa, amb un cost d'entre 12 € (països C d'Europa) i 23 € (països A d'Europa) per 100 persones cada any (vegeu les figures 7.11 i 7.12 al final d'aquest capítol).

El model va calcular que una prohibició de la publicitat implementada a tot Europa podria evitar 202.000 anys d'invalidesa i mort prematura, amb un cost estimat de 95 milions d'euros cada any (adaptat de Chisholm [et al.], 2004).

Polítiques de reducció de danys en l'entorn de consum

Entorns de consum autoritzats

Els entorns de consum autoritzats s'associen a l'embriaguesa (Snow i Landrum, 1986), a la conducció sota els efectes de l'alcohol (Fahrenkrug i Rehm, 1994; Gruenewald [et al.], 1996; O'Donnell, 1985; Single i McKenzie, 1992) i als comportaments problemàtics com l'agressió i la violència (Ireland i Thommeny, 1993, Rossow, 1996, Stockwell [et al.], 1993). Alguns establiments amb llicència per vendre alcohol estan relacionats amb una quantitat de dany desproporcionat (Sherman, 1992; Stockwell, 1997; Briscoe i Donnelly, 2003a). Els aspectes sobre les condicions del bar que fan augmentar la probabilitat de problemes relacionats amb l'alcohol (Graham i Homel, 1997) inclouen les pràctiques a l'hora de servir begudes alcohòliques que promouen la intoxicació, un comportament agressiu per part del personal del bar i la policia local a l'hora de tancar (Tomsen, 1997), la incapacitat del personal del bar per tractar els comportaments problemàtics (Homel [et al.], 1992; Wells [et al.], 1998), les característiques generals de l'entorn com la multitud i la permissivitat del personal (Homel i Clark, 1994), el tipus general de bar (Gruenewald [et al.], 1999; Stockwell [et al.], 1992) i el confort físic, el grau de «permissivitat» general al bar, la disponibilitat del transport públic i la barreja ètnica de clients (Homel [et al.], 2004).

Servei de begudes responsable

Gairebé totes les avaluacions a l'hora de formar el personal dels bars perquè serveixin les begudes alcohòliques de manera responsable que han tingut el suport de l'aplicació de la llei han mostrat millors coneixements i millors actituds entre els participants (Graham, 2000; Graham [et al.], 2002; Hauritz [et al.], 1998a; Homel [et al.], 1997) tot i que això disminueix amb el temps (Hauritz [et al.], 1998b). Aquests estudis també han mostrat alguns efectes en les pràctiques per servir begudes alcohòliques (Johnsson i Berglund, 2003) però no sempre (Donnelly i Briscoe, 2003). Mentre les persones que serveixen begudes alcohòliques normalment estan disposades a interposar-se amb els clients que estan visiblement intoxicats (Gliksman [et al.], 1993) normalment no s'interposen amb els individus només per la taxa d'alcoholèmia estimada del client o el nombre de begudes consumides (Howard-Pitney [et al.], 1991; Saltz i Stanghetta, 1997; Gliksman [et al.], 1993; McKnight, 1991). A més, la formació tendeix a fer disminuir les males pràctiques a l'hora de servir begudes alcohòliques com les begudes «excitants» i a augmentar les intervencions «suaus» com proposar menjar o alentir el servei. Pel que fa als efectes de la intoxicació dels clients, uns quants estudis han trobat que la formació per a les persones que serveixen begudes alcohòliques dona com a resultat taxes d'alcoholèmia en els clients més baixes, en general (Geller [et al.], 1987; Russ i Geller, 1987), i menys clients amb taxes d'alcoholèmia altes (Lang [et al.], 1998; Saltz,

1987; Stockwell [et al.], 1993). A més, les anàlisis de sèries temporals de la formació obligatòria de les persones que serveixen begudes alcohòliques indiquen que la formació està associada amb menys clients clarament intoxicats (Dresser, 2000) i menys accidents nocturns amb lesions i un sol vehicle implicat (Holder i Wagenaar, 1994). Els estudis de l'impacte de complir les polítiques als bars per evitar intoxicacions (Stockwell, 2001) també han provocat efectes modestos a l'hora de reduir el consum elevat d'alcohol i el consum d'alt risc (Howard-Pitney [et al.], 1991; Lang [et al.], 1998; Wallin [et al.], 1999; Toomey [et al.], 2001), però no són tan satisfactoris com s'esperava inicialment (Stockwell, 2001). Els programes de servei de begudes responsable s'inclouen moltes vegades en intervencions de base àmplia (Homel [et al.], 2001) que s'ha vist que redueixen la violència (Homel [et al.], 1997; Wallin [et al.], 2003; Felson [et al.], 1997; Putnam [et al.], 1993; Maguire [et al.], 2003).

Aplicació activa

L'impacte del servei de begudes responsable està fortament promogut quan existeix una aplicació activa i continuada de les lleis que prohibeixen la venda d'alcohol a clients intoxicats (Jeffs i Saunders, 1983; McKnight i Streff, 1994; Saltz i Stanghetta, 1997; Homel [et al.], 2001). Augmentar el risc percebut de detenció per una infracció comesa pot impedir que els individus infringeixin la llei en un futur (per exemple, Homel, 1988; Nagin, 1998; Sherman [et al.], 1998). Aquesta és una intervenció en la qual els beneficis superen enormement els costos (Levy i Miller, 1995).

Acció comunitària als complexos de vacances

L'objectiu del projecte Surfers Paradise era reduir la violència i els disturbis associats amb la gran concentració d'establiments amb llicència per vendre alcohol al complex de vacances de Surfers Paradise, a Queensland (Austràlia) (Homel [et al.], 1997). El projecte estava format per tres estratègies principals: (1) la creació d'un fòrum col·lectiu on s'inclouia el desenvolupament de grups d'experts i una auditoria de seguretat; (2) la implementació d'avaluacions de risc, polítiques model de l'establiment i un codi de pràctica i (3) la regulació, per part de la policia i els inspectors d'autorització de venda de licors, dels establiments amb llicència per vendre alcohol. Aquest projecte i les seves rèpliques a tres ciutats del nord de Queensland (Cairns, Townsville i Mackay) van donar com a resultat millores significatives en l'aplicació de la política en matèria d'alcohol, en els entorns dels bars, en les pràctiques del personal dels bars i en la freqüència de la violència (Hauritz [et al.], 1998a). Després de la intervenció, el nombre d'incidents per cada 100 hores d'observació va passar de 9,8 abans de la prova a 4,7 a Surfers Paradise i de 12,2 abans de la prova a 3,0 en els llocs on es va replicar el projecte. Malgrat tot, l'impacte inicial del projecte no es va mantenir. Dos anys després de la intervenció a Surfers Paradise, l'índex va augmentar a 8,3, la qual cosa indicava la necessitat de trobar estratègies per mantenir els resultats aconseguits amb els projectes d'acció comunitària.

L'aplicació també sembla ser una mesura necessària perquè els codis opcionals del servei de begudes responsable tinguin èxit (Lang i Rumbold, 1997; Homel [et al.], 1997). Un estudi va trobar que un programa que combinava una aplicació més estricta de les lleis de venda

d'alcohol i la formació per a un servei de begudes responsable tenia un efecte important per reduir l'índex de delictes violents entre les 10 de la nit i les 6 de la matinada (Wallin [et al.], 2003). Hi ha evidència que demostra que els controls d'aplicació eviten les vendes d'alcohol als menors (Wagenaar [et al.], 2005) als establiments específics controlats i amb una difusió limitada a tota la comunitat. La major part de l'efecte d'aplicació disminuïa al cap de tres mesos, la qual cosa indica que cal una aplicació regular per mantenir la dissuasió. A més, hi ha evidència que indica que l'aplicació se centra més en els incompliments comesos per clients habituals o menors que en els incompliments comesos pels propietaris de llicències o venedors que compleixen les disposicions d'intoxicació de les lleis de licors (Donnelly i Briscoe, 2003; Briscoe i Donnelly, 2003b).

Responsabilitat legal

Controlar les persones que serveixen begudes alcohòliques legalment responsables de les conseqüències de servir més alcohol a les persones que ja estan intoxicades o als adolescents que no tenen l'edat legal mínima per consumir alcohol, ha demostrat tenir beneficis considerables com a mesura política als Estats Units (Holder [et al.], 1993; Sloan [et al.], 2000), ja que va disminuir els índexs de víctimes mortals de trànsit (Chaloupka [et al.], 1993; Ruhm, 1996; Sloan [et al.], 1994a; Wagenaar i Holder, 1991) i els homicidis en els estats que tenen aquesta responsabilitat (Sloan [et al.], 1994b) en comparació amb els estats que no tenen aquesta responsabilitat. L'ús de la responsabilitat legal no és usual fora dels Estats Units (amb l'excepció d'alguns casos a Austràlia i el Canadà).

L'anàlisi geogràfica (Wilson i Dufour, 2000) es pot utilitzar per identificar localitats amb nivells específics de consum alcohòlic i els problemes relacionats amb l'alcohol, especialment els accidents amb vehicles de motor, les lesions de vianants i la violència (Gruenewald [et al.], 2002). Això permet aconseguir el nivell de salut pública desitjat i crear estratègies per aplicar la llei, tal com es mostra a la figura 7.7.

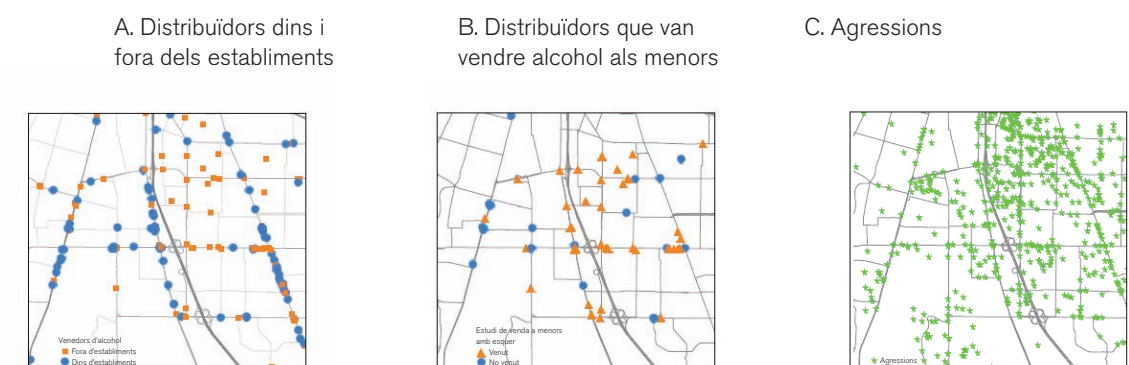


Figura 7.7: Il·lustració de l'ús dels mapes i del mapatge en les polítiques en matèria d'alcohol. Aquestes eines es poden utilitzar per estudiar les ubicacions dels distribuïdors d'alcohol i els problemes relacionats amb l'alcohol. La figura A mostra tots els distribuïdors d'alcohol d'una determinada àrea geogràfica.

Els distribuïdors que van vendre alcohol als menors es mostren a la figura B, i les agressions a la figura C.

Font: Gruenewald [et al.] (2002).

Altres estratègies per reduir els danys

Els riscos d'agressió, violència i lesions (Stockwell, Lang i Rydon, 1993) varien segons l'entorn de l'espai físic del bar (Graham [et al.], 1980; Stockwell [et al.], 1993; Homel i Clark, 1994) i el comportament i les habilitats de comunicació del personal del bar (Hauritz [et al.], 1998a; Wells [et al.], 1998). Com a conseqüència, s'ha demostrat que les intervencions que se centren en canviar l'entorn de l'espai dels bars (per exemple, canvis en les normes o polítiques relacionades amb els jocs, la gestió de cues i de readmissió al bar, les modificacions de l'entorn social o físic i la millora de les habilitats de comunicació i intervenció del personal) són efectives per reduir els danys causats pel consum en aquestes condicions, sense que s'alterin necessàriament els nivells de consum en general (Homel [et al.], 1997; Graham [et al.], 2004; vegeu també una revisió de Graham, 2000).

El programa Bars més segurs

El programa Bars més segurs que es va desenvolupar al Canadà inclou una avaluació del risc (Graham, 1999) i una part de formació (Braun [et al.], 2000) per als propietaris, responsables i tot el personal. El programa es va crear per millorar la intervenció precoç del personal, el treball en equip i les habilitats del personal per gestionar els comportaments problemàtics i reduir el risc de patir lesions dels clients habituals. La formació de Bars més segurs va demostrar ser altament valorada pel personal dels bars i els gestors i va tenir un impacte important en el coneixement i les actituds (Graham [et al.], 2002). També va tenir conseqüències importants per reduir tant les agressions moderades (per exemple, empènyer o agafar persones) com greus (per exemple, pegar i donar puntades de peu) (Graham [et al.], 2004). Els efectes van disminuir quan hi havia una gran rotació de responsables, agents de seguretat i encarregats de la vigilància a l'entrada.

Intervencions enfocades al transport públic

Diferents estudis que han utilitzat una àmplia varietat de metodologies han identificat la disponibilitat del transport públic com un aspecte clau (d'Abbs, Forner i Thomsen, 1994; Homel [et al.], 1997; Homel [et al.], 1991; Engineer [et al.], 2003) per moderar la incidència de la violència relacionada amb l'alcohol a prop dels establiments amb llicència per vendre alcohol. En els llocs on hi ha una gran concentració d'establiments amb llicència per vendre alcohol, la manca de transport públic causa la retenció de grans grups de persones intoxicades i descontentes en una àrea petita. No s'han trobat avaluacions directes de l'impacte de les estratègies per millorar el transport, tot i que aquestes intervencions han format part d'intervencions amb més components que han demostrat reduir la violència (Homel [et al.], 1997; Hauritz [et al.], 1998), així com d'intervencions que no van poder reduir la violència (d'Abbs i Forner, 1995).

Recipients de beguda més segurs

És ben sabut que les lesions intencionades i no intencionades a causa de gots de beguda trencats són relativament freqüents en els establiments amb llicència per vendre alcohol. Això condueix a pensar de manera lògica que substituir els gots de vidre normals per gots de vidre trempat pot reduir aquestes lesions. Malgrat tot, un assaig aleatori controlat que va com-

parar objectes de vidre convencional amb objectes de vidre (endurit) trempat (Warburton i Shepherd, 2000) va mostrar un nombre més elevat de lesions del personal a causa del trencament accidental d'objectes de vidre trempat. Per ara no hi ha investigacions sobre l'impacte del vidre trempat en les lesions intencionades dels clients habituals.

Reduir els danys en els entorns de consum

Resum

Cada vegada hi ha més evidència de l'impacte de les estratègies que modifiquen el context del consum per reduir els problemes relacionats amb l'alcohol (vegeu la taula 7.12). Malgrat tot, aquestes estratègies són bàsicament aplicables al consum en bars i restaurants i la seva efectivitat depèn d'una aplicació adequada de la llei. Aprovar una llei d'edat mínima legal per consumir alcohol, per exemple, tindrà pocs efectes si no té el suport d'una amenaça creïble per retirar les llicències a aquells distribuïdors que repetidament venen alcohol als menors d'edat. Aquestes estratègies també són més efectives si tenen el suport dels programes de prevenció comunitaris (vegeu més avall).

Taula 7.12: Índexs d'efectivitat en els entorns de consum.

	Efectivitat ¹	Extensió del suport a la recerca ¹	Relació cost-efectivitat ¹
Servei de begudes responsable	+	+++	++
Aplicació activa	++	+	+
Responsabilitat de les persones que serveixen begudes alcohòliques	+++	+	+++
Aplicació de les regulacions dins dels establiments	++	+	+
Transport públic	?	+	+
Entorns/recipients de beguda més segurs	?	0	++

¹ Per consultar les definicions vegeu la taula 7.1.

Font: Babor [et al.] (2003) (modificada).

Estratègies de mobilització comunitàries

Els programes de prevenció comunitaris poden ser efectius per reduir la conducció sota els efectes de l'alcohol, les víctimes mortals de trànsit relacionades amb l'alcohol i les lesions per agressions (Giesbrecht, 2003; Stockwell i Gruenewald, 2001; Holmila, 1997; Holder, 1998, Hingson [et al.], 2005; Clapp [et al.], 2005). La mobilització comunitària s'ha utilitzat per fer augmentar la consciència dels problemes associats amb el consum dins dels establiments, desenvolupar solucions específiques als problemes i fer pressió als propietaris dels bars perquè reconeixin que tenen una responsabilitat comunitària pel que fa als aspectes relacionats amb els bars, com per exemple el nivell de soroll i el comportament dels

clients (Hauritz [et al.], 1998; Homel [et al.], 1992; Putnam [et al.], 1993). Els resultats de l'avaluació de les estratègies de mobilització comunitària així com de la documentació de projectes de base (Arnold i Laidler, 1994; Cusenza, 1997) indiquen que la mobilització comunitària pot tenir èxit a l'hora de reduir les agressions i altres problemes relacionats amb el consum alcohòlic als establiments que tenen llicència per vendre alcohol.

Una revisió de deu assajos de prevenció comunitaris que han intentat reduir els problemes relacionats amb l'alcohol (Aguirre-Molina i Gorman, 1996; Chou [et al.], 1998; Douglas [et al.], 1990; en premsa; Gliksman [et al.], 1995, 1999; Grube, 1997; Hingson [et al.], 1996; Holder [et al.], 1997a, 2000; Holder i Treno, 1997; Johnson [et al.], 1990; Pentz [et al.], 1989a; Perry [et al.], 1993, 1996; Voas, 1997; Wagenaar [et al.], 1994, 2000) va trobar que les estratègies incloïen campanyes d'educació i informació, participació dels mitjans de comunicació, contra-publicitat i foment de la salut, controls de la venda, ingressos de consum i altres regulacions que redueixen l'accés a l'alcohol, més aplicació i vigilància de la llei, organització comunitària i desenvolupament d'una coalició (Giesbrecht [et al.], 2003). Les intervencions prometedores eren les que feien una atenció especial als controls d'accés, les que tenien en compte els contextos de l'entorn on els productes es venien i es distribuïen i les que feien efectiva l'aplicació de les polítiques de salut pública (vegeu també Holder, 1998a; 1998b).

Les característiques de la comunitat i el veïnat són importants per moderar el preu i la promoció de la cervesa (Harwood [et al.], 2003) així com per reduir els episodis de consum intensiu (Nelson [et al.], 2005). Les comunitats amb una aplicació més gran de les edats mínimes per comprar alcohol tenen índexs més baixos de consum alcohòlic i d'episodis de consum intensiu (Dent [et al.], 2005). Els projectes d'acció comunitària poden incidir en la consciència i la preocupació pels problemes relacionats amb l'alcohol (Allamani [et al.], 1997, 2003; Holmila, 2003). El capital social, tal com van mesurar els informes addicionals fets per estudiants voluntaris, està associat amb un risc menor d'episodis de consum intensiu, embriaguesa i problemes relacionats amb l'alcohol (Weitzman i Chen, 2005), i tal com es veu per la gran confiança està relacionat amb un risc menor de producció i compra d'alcohol il·legal (Lindstrom, 2005).

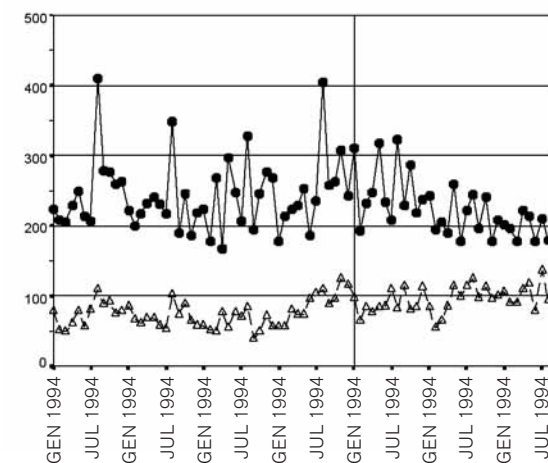


Figura 7.8: Violència registrada per la policia en una àrea experimental (cercles negres) i en una àrea de control (triangles).

Font: Wallin [et al.] (2003).

Des del 1996 s'ha dut a terme un programa amb múltiples components basat en la mobilització comunitària, la formació en el servei de begudes responsable per a les persones que serveixen begudes alcohòliques i una aplicació més estricta de les lleis de l'alcohol a Estocolm (Suècia) que ha donat com a resultat una reducció del 29% dels delictes violents dins l'àrea de control (Wallin [et al.], 2003), figura 7.8.

El Projecte d'assajos comunitaris (Holder [et al.], 1997) era una intervenció comunitària formada per cinc mesures amb l'objectiu de reduir els problemes relacionats amb l'alcohol entre els habitants de tres comunitats. El projecte incloïa mesures de mobilització en els mitjans de comunicació, servei de begudes responsable, venda als joves per reduir l'accés a l'alcohol per part dels menors, prevenció de la conducció en estat d'embriaguesa i accés per reduir la disponibilitat d'alcohol. El projecte va aconseguir reduir els accidents de conducció sota els efectes de l'alcohol, les lesions amb agressions i el consum perjudicial d'alcohol (Holder [et al.], 2000). Finalment, les anàlisis de cost-efectivitat van calcular que l'assaig donava com a resultat un estalvi de 2,9 € per cada euro destinat a la implementació d'un programa, només a partir de les reduccions en accidents d'automòbils (Holder [et al.], 1997).

Un projecte d'intervenció comunitària que es va dur a terme al Territori del Nord (Austràlia) tenia com a objectiu reduir els nivells de consum alcohòlic i els problemes relacionats amb l'alcohol fins als nivells aconseguits el 2002 (d'Abbs, 2004) utilitzant una sèrie d'estratègies que incloïen l'educació, més controls de la disponibilitat d'alcohol i més tractament i serveis de rehabilitació (Stockwell [et al.], 2001; d'Abbs, 2004). El programa Viure amb l'Alcohol estava subvencionat originalment per un impost específic de les begudes alcohòliques en la venda de begudes alcohòliques que contenien més d'un 3% d'alcohol per volum fins al 1997, quan una norma federal va prohibir que els estats i territoris augmentessin les quotes de llicència i els impostos addicionals de les begudes alcohòliques, el tabac i la gasolina. Com a resultat directe, l'impost del programa Viure amb l'Alcohol es va eliminar l'agost de 1997, cosa que, al mateix temps, va causar una caiguda del preu real de les begudes alcohòliques que tenien més d'un 3% d'alcohol per volum (O'Reilly, 1998). El govern federal va continuar subvencionant el programa Viure amb l'Alcohol al mateix nivell fins a l'any 2000. Després, els fons d'aquest programa es van destinar directament als programes i serveis que ja existien (d'Abbs, 2004). El programa va ser efectiu per reduir les morts relacionades amb l'alcohol en casos aguts (4,6 per cada 100.000 adults) i crònics (3 per cada 100.000 adults) al Territori del Nord (vegeu les figures 7.9 i 7.10), comparades amb les reduccions d'1,6 punts per cada 100.000 morts relacionades amb l'alcohol en casos aguts i d'1,7 punts per cada 100.000 morts en casos crònics a l'àrea de control (Chikritzhs [et al.], 2005).

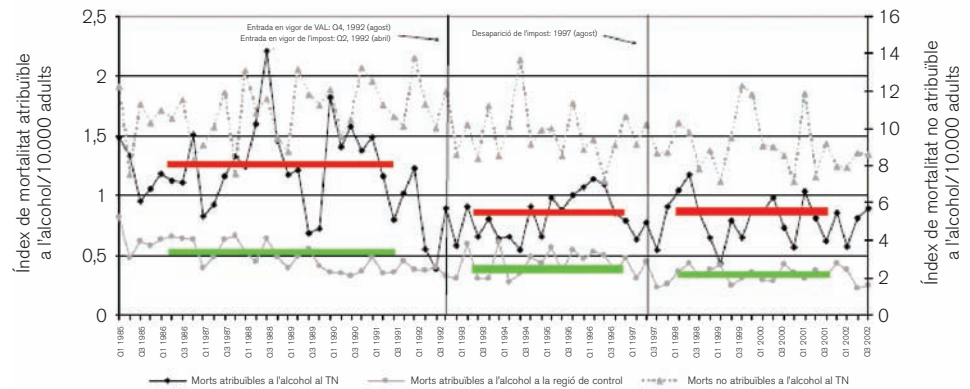


Fig. 7.9: Tendències en els índexs de mort aguda per cada 10.000 adults al Territori del Nord (Austràlia) (●) i la regió de control (●) 1985-2002.
Font: Chikritzhs [et al.] (2005).

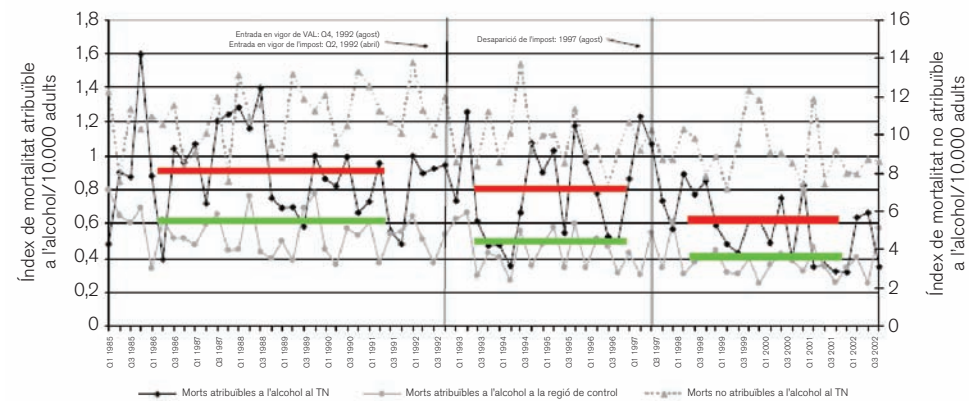


Fig. 7.10: Tendències en els índexs de mort crònica per cada 10.000 adults al Territori del Nord (Austràlia) (●) i la regió de control (●) 1985-2002.
Font: Chikritzhs [et al.] (2005).

Reduir els danys mitjançant la mobilització comunitària

Resum

Els projectes d'intervenció i mobilització comunitària són efectius per reduir els problemes relacionats amb l'alcohol (vegeu la taula 7.13).

Taula 7.13: Índexs d'efectivitat de la mobilització comunitària.

	Efectivitat ¹	Extensió del suport a la recerca ¹	Relació cost-efectivitat ¹
Mobilització comunitària	++	++	+

¹ Per consultar les definicions vegeu la taula 7.1.

Font: Babor [et al.] (2003).

Polítiques que donen suport al consell i al tractament del consum de risc, el consum perjudicial d'alcohol i la dependència de l'alcohol

Mentre que el tractament dels problemes alcohòlics representa una clara millora per a l'individu, es disposa d'evidència limitada d'aquest impacte en la població (Smart i Mann, 1993; Smart i Mann, 2000; Smart [et al.], 1989; Smart i Mann, 1990; Mann [et al.], 1991). Hi ha evidència que indica que la disminució dels índexs de cirrosi hepàtica pot estar associada amb un tractament més ampli dels problemes de l'alcohol a Ontario (Canadà) (Mann [et al.], 1988; Mann [et al.], 2005), Suècia (Romelsjo, 1987) i Carolina del Nord (Holder i Parker, 1992).

Programes d'assistència social

Els programes de visites estructurades a les llars per donar suport a les mares abans i durant els dos primers anys després del part han demostrat ser efectius i tenir una bona relació cost-efectivitat quan es dirigeixen a famílies vulnerables (Mitchell [et al.], 2001; Loxley [et al.], 2004). Aquests programes ofereixen consell bàsic, assistència pràctica sense personal d'infermeria i suport per tenir accés a serveis. Aquests programes mostren evidència de resultats positius per al consum alcohòlic entre les mares i la salut infantil.

Es disposa d'evidència del valor dels programes universals i específics per als pares de nens de 0 a 3 anys amb l'objectiu de reduir els problemes de comportament infantils que prediuen l'emergència del consum perjudicial d'alcohol (Serketich i Dumas, 1995). Es disposa d'evidència de resultats positius (adaptació a l'escola i progressos acadèmics) i d'una bona relació entre beneficis i costos dels programes específics que tenen l'objectiu de donar suport als nens de famílies d'alt risc a l'escola primària. Els resultats d'aquests estudis s'han documentat fent un seguiment dels nens durant tota l'adolescència i han mostrat un consum alcohòlic més baix (Schweinhart [et al.], 1993).

L'impacte de les visites a les llars

Olds [et al.] (1997, 1998, 1999) van avaluar un programa que consistia en visites regulars d'una infermera des dels últims mesos de l'embaràs fins als dos anys del nen per a les dones amb pocs ingressos, solteres i adolescents que tenien el seu primer fill. El programa se centrava en donar suport a la mare, promoure un afecte positiu amb el nen i ensenyar habilitats maternals. El seguiment va associar el programa amb índexs més baixos de consum d'alcohol entre les mares durant l'embaràs i reduccions de la disminució de les facultats cognitives relacionades amb l'alcohol en nens d'edat preescolar. Es va fer un seguiment als nens fins als 15 anys i es va documentar una reducció de l'inici en el consum d'alcohol.

Consells per reduir el consum alcohòlic durant l'embaràs

Dels tres estudis de bona qualitat sobre intervencions en el comportament fetes en atenció primària dirigides a les dones embarassades, en les quals es feien visites abans del part,

dos estudis no van trobar cap evidència de l'efecte del consum alcohòlic (Handmaker [et al.], 1999; Chang [et al.], 1999) i un estudi va trobar un possible efecte que no va tenir cap importància estadística (Reynolds [et al.], 1995). Hi ha evidència que demostra l'impacte de les visites a les llars per a les dones que consumien alcohol de manera perjudicial durant el primer embaràs (Grant [et al.], 2005); l'impacte de les visites a les llars que ajudaven les dones per obtenir tractament contra l'alcohol i mantenir l'abstinència, i si a més s'oferien recursos comunitaris amplis, es millorava l'atenció al tractament, els resultats del tractament eren millors i hi havia més probabilitat d'embarassos posteriors sense conseqüències relacionades amb l'alcohol.

La importància de l'època preescolar

El projecte preescolar Perry als Estats Units va mostrar efectes del programa a llarg termini fins als 27 anys i es va observar una incidència menor del consum d'alcohol i d'embarassos durant l'adolescència, un risc menor de deixar els estudis, probabilitats més altes de trobar feina i menys dependència de l'assistència (Schweinhart [et al.], 1993). Les anàlisis de costos i beneficis indiquen estalvis de fins a 6 € per cada euro invertit en el programa durant un any.

El lloc de treball

El lloc de treball ofereix diferents oportunitats per implementar estratègies de prevenció, ja que la majoria d'adults treballen i passen una part important del seu temps al lloc de treball. El lloc de treball també pot ser un factor de risc per al consum perjudicial d'alcohol. Una revisió sistemàtica i una metanàlisi de 485 estudis amb un mostra combinada de 267.995 individus van trobar que la insatisfacció al treball era un element que pronosticava fortament l'esgotament, la baixa autoestima, la depressió i l'ansietat (Faragher [et al.], 2005). Molts estudis han observat associacions importants entre l'estrès al treball i els nivells elevats de consum alcohòlic (Martin i Roman, 1996; Lehman [et al.], 1995; Parker i Farmer, 1990; Greenberg i Grunberg, 1995), un risc més elevat de consum de risc (Bobak [et al.], 2005) i la dependència de l'alcohol (Head [et al.], 2004), i una relació entre l'alienació (un sentit d'identitat i control més ampli del treballador) i els comportaments de consum (Seeman i Anderson, 1983; Seeman [et al.], 1988; Lehman [et al.], 1995; Rospenda [et al.], 2000).

Una sèrie d'estudis d'avaluació han indicat que els programes duts a terme als llocs de treball van aconseguir que un nombre substancial de treballadors amb problemes d'alcohol tornés a rendir de manera efectiva (Asma [et al.], 1980; Edwards [et al.], 1973; McAllister, 1993; Spickard i Tucker, 1984; Walsh [et al.], 1991, 1992; Blum i Roman, 1995). La formació de supervisió va augmentar de manera significativa les actituds positives envers els programes d'ajuda als treballadors en els llocs de treball, va fer augmentar la probabilitat d'utilitzar el servei i va aconseguir un ús més ampli del servei. (Googins i Kurtz, 1981; Hoffman i Roman, 1984). Un programa de formació preventiva per al control de l'estrès al lloc de treball ha demostrat que redueix el consum problemàtic d'un 20% a un 11% i l'absentisme a causa de ressaca d'un 16% a un 6% (Bennett [et al.], 2004).

Consell breu per al consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol

La taula 7.14, de l'estudi Mesa Grande, una revisió sistemàtica actualitzada de l'efectivitat de diferents tractaments per al consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol actualment en curs, classifica l'efectivitat de 48 modalitats de tractament diferents (Miller i Wilbourne, 2002). Mesa Grande resumeix l'evidència després de valorar les conclusions dels estudis segons la seva puntuació de qualitat metodològica; com més alta és la puntuació, millor és la qualitat de l'estudi. La valoració de l'estudi també inclou l'assignació d'una puntuació lògica dels resultats per a cada modalitat de tractament de la qual es podia inferir l'efectivitat específica a partir del disseny. S'assigna una puntuació lògica positiva quan el disseny d'un estudi permet inferir en gran mesura un efecte específic (per exemple, la comparació del tractament amb un control sense tractament) i un efecte beneficiós es reflecteix com una diferència estadística important. S'assigna una puntuació lògica negativa quan un estudi té una lògica de disseny que hauria de mostrar clarament un efecte del tractament si hi fos present (per exemple, la comparació amb l'absència de tractament o el control amb placebo). La puntuació d'evidència acumulada (CES, per les sigles en anglès) és la puntuació de la qualitat metodològica multiplicada per la puntuació lògica del resultat, obtinguda a partir de la suma de tots els estudis, on els assajos positius sumen punts i els assajos negatius en resten del total. Les modalitats de tractament es llisten a la taula 7.14 segons la CES.

Taula 7.14: Efectivitat dels tractaments per al consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol.

Modalitat de tractament	CES	N
1. Consell breu	390	34
2. Abordatge motivacional	189	18
3. Agonista GABA (acamprosats)	116	5
4. Reforç comunitari	110	7
5. Manual d'autoajuda per al canvi (biblioteràpia)	110	17
6. Antagonista opioide (per exemple, naltrexona)	100	6
7. Entrenament en autocontrol conductual	85	31
8. Contracte conductual	64	5
9. Entrenament en habilitats socials	57	20
10. Teràpia conductual de parella	44	9
11. Teràpia aversiva, nàusees	36	6
12. Gestió de casos	33	5
13. Teràpia cognitiva	21	10
14. Teràpia aversiva, sensibilització	18	8
15. Teràpia aversiva, apneica	18	3
16. Teràpia familiar	15	4
17. Acupuntura	14	3
18. Consell centrat en el pacient	5	8
19. Teràpia aversiva, elèctrica	-1	18
20. Exercici	-3	3
21. Gestió de l'estrès	-4	3
22. Antidipsotrópic – Disulfiram	-6	27
23. Antidepressiu – SSRI	-16	15
24. Resolució de problemes	-26	4
25. Liti	-32	7
26. Teràpia no conductual de parella	-33	8
27. Psicoteràpia de grup	-34	3
28. Anàlisi funcional	-36	3
29. Prevenció de la recaiguda	-38	22
30. Autocontrol	-39	6
31. Hipnosi	-41	4
32. Medicació psicodèlica	-44	8
33. Antidipsotrópic – Carbimida de calci	-52	3
34. Placebo d'atenció	-59	3
35. Agonista de serotonina	-68	3
36. Tractament convencional	-78	15
37. Facilitació basada en els 12 passos	-82	6
38. Alcohòlics Anònims	-94	7
39. Medicació ansiolítica	-98	15
40. Teràpia social	-102	14
41. Antidipsotrópic – Metrodinazole	-103	11
42. Medicació antidepressiva	-104	6
43. Video d'autoconfrontació	-108	8
44. Pràctiques de relaxació	-152	18
45. Assessorament de confrontació	-183	12
46. Psicoteràpia	-207	19
47. Assessorament general per a la dependència de l'alcohol	-284	23
48. Educació (cintes, lectures o pel·lícules)	-443	39

CES = puntuació d'evidència acumulada (Cumulative Evidence Score).
N = nombre total d'estudis emprats per avaluar aquesta modalitat.
Font: Miller i Wilbourne, (2002).

El **consell breu** encapçala la llista de mètodes de tractaments basats en l'evidència. Hi ha molta evidència extreta de la recerca sobre el consell breu relacionat amb l'alcohol, on s'inclouen com a mínim 56 assajos controlats d'efectivitat (Moyer *[et al.]*, 2002). S'han fet com ha mínim 14 metanàlisis i/o revisions sistemàtiques amb objectius i mètodes una mica diferents sobre la recerca d'efectivitat del consell breu (Bien, Tonigan i Miller, 1993; Freemantle *[et al.]*, 1993; Kahan, Wilson i Becker, 1995; Wilk, Jensen i Havighurst, 1997; Poikolainen, 1999; Irvin, Wyer i Gerson, 2000; Moyer *[et al.]*, 2002; D'Onofrio i Degutis, 2002; Berglund, Thelander i Jonsson, 2003; Emmen *[et al.]*, 2004; Ballesteros *[et al.]*, 2004a, 2004b; Whitlock *[et al.]*, 2004; Cuijpers, Riper i Lemmens, 2004; Bertholet *[et al.]*, en premsa). Tots aquests autors han extret conclusions, d'una manera o altra, a favor de l'efectivitat del consell breu a l'hora de reduir el consum alcohòlic en persones amb un consum de risc o perjudicial d'alcohol fins a nivells de baix risc. Tant pel que fa al consum de risc i perjudicial d'alcohol, com als problemes relacionats amb l'alcohol, el nombre d'individus que s'han de tractar és de 8 (Anderson, 2003). Això vol dir que hi ha d'haver 8 pacients que necessiten consell perquè un se'n beneficiï.

Es disposa d'evidència heterogènia dels **efectes a llarg termini** del consell breu. Un assaig basat en la medicina de família a Wisconsin (Estats Units) va mostrar una millora constant en la reducció del consum alcohòlic, els episodis de consum intensiu i la freqüència del consum de risc d'alcohol entre les persones que es van beneficiar del consell breu en comparació amb els controls 4 anys després d'una intervenció (Fleming *[et al.]*, 2002). Un estudi australià va informar que els beneficis de rebre consell breu havien desaparegut després de 10 anys (Wutzke *[et al.]*, 2002) i se suggeria que les sessions de reforç serien necessàries per mantenir l'efecte durant més temps.

Hi ha alguna evidència que indica que el consell breu redueix la **mortalitat relacionada amb l'alcohol** (Cuijpers, Riper i Lemmens, 2004), tot i que això només es pot deduir a partir d'un petit nombre d'estudis. Moyer *[et al.]* (2002) també van informar que el consell breu era efectiu a partir de diferents resultats relacionats amb el consum alcohòlic on s'inclouïen mesures per tractar els problemes relacionats amb l'alcohol. També es disposa d'evidència directa a partir d'un estudi australià en la pràctica general que indica que el consell breu és efectiu per reduir els problemes relacionats amb l'alcohol entre les persones que els reben (Richmond *[et al.]*, 1995). En un estudi controlat d'identificació massiva i en una intervenció breu amb seguiment per a homes a Malmö (Suècia) es va observar una disminució important dels ingressos als hospitals i la mortalitat en el grup tractat durant un període de seguiment de quatre anys, una reducció del 80% en l'absentisme durant els quatre anys posteriors a l'estudi, una reducció del 60% en els dies totals d'hospitalització durant més de cinc anys i una reducció del 50% en la mortalitat global durant sis anys, que es va mantenir durant 10-16 anys de seguiment (Kristenson *[et al.]*, 2002).

Consell breu

L'Organització Mundial de la Salut ha calculat l'impacte i el cost d'oferir consell breu en atenció primària al 25% de la població de risc. Si això s'aplica a la Unió, s'estima que s'evitarien 408.000 anys d'invalidesa i mort prematura amb un cost estimat de 740 milions d'euros cada any.

Hi ha hagut una preocupació important per la capacitat **d'implicar els professionals de la salut** i oferir programes amb consell breu (vegeu Anderson *[et al.]*, 2003). Malgrat tot, els resultats dels assajos internacionals (Anderson *[et al.]*, 2004; Funk *[et al.]*, 2005) i una metanàlisi (Anderson *[et al.]*, 2004) han trobat que l'educació i els programes de suport són efectius i estalvien costos per augmentar la implicació dels professionals de la salut d'atenció primària a l'hora d'oferir programes amb consell breu.

Després del consell breu, l'entrenament en habilitats conductuals i les teràpies amb fàrmacs encapçalen els 10 mètodes de tractament restants recolzats per assajos controlats (taula 7.14). També és important identificar quin factor té una evidència negativa contundent pel que fa als efectes (és a dir, no funciona). Aquí es poden trobar mètodes com la facilitació en dotze passos, la psicoteràpia de grup, lectures i pel·lícules educatives, assistència obligatòria a Alcohòlics Anònims i intervencions sobre la dependència de l'alcohol en general relativament poc especificades, sovint de naturalesa confrontacional.

Serveis d'urgències i accidents

S'ha vist que el consell breu que s'ofereix als serveis d'urgències i als centres d'urgències traumatològiques és efectiu per reduir el consum alcohòlic (D'Onofrio i Degutis, 2002; D'Onofrio *[et al.]*, 1998; Longabaugh *[et al.]*, 2001; Gentilello *[et al.]*, 1999; Spirito *[et al.]*, 2004; Mello *[et al.]*, 2005) i els problemes relacionats amb l'alcohol (Monti *[et al.]*, 1999; Gentilello *[et al.]*, 1999; Longabaugh *[et al.]*, 2001; Mello *[et al.]*, 2005). Una revisió sistemàtica de 23 estudis va trobar evidència de la disminució dels accidents amb vehicles de motor i de les lesions relacionades, les caigudes, els intents de suïcidi, la violència domèstica, les agressions i el maltractament infantil, les lesions relacionades amb l'alcohol i les visites d'urgència per lesions, les hospitalitzacions i les morts, amb disminucions del 27% al 65% (Dinh-Zarr *[et al.]*, 2004).

Consells per al consum de risc, el consum perjudicial d'alcohol i la dependència de l'alcohol

Resum

Es disposa de molta evidència sobre l'impacte del consell breu, especialment en atenció primària, per reduir el consum perjudicial d'alcohol, segons mostra la taula 7.15.

Taula 7.15: Índexs d'efectivitat de les intervencions.

	Efectivitat ¹	Extensió del suport a la recerca ¹	Relació cost-efectivitat ¹
Programes d'assistència social	+	+	+
Programes basats en l'embaràs	+	+	+
Programes basats en el treball	++	+	+
Consell breu en atenció primària	+++	+++	++
Consell breu als serveis d'urgències i accidents	++	++	++

¹ Per consultar les definicions vegeu la taula 7.1.

Font: Babor *[et al.]* (2003) (modificada).

Impacte i cost

En el programa Escollir intervencions amb bona relació cost-efectivitat, es va veure que les intervencions breus (com el consell per part dels metges en atenció primària), que a més inclouen un petit nombre de sessions educatives i intervencions psicosocials, tenien influència en la prevalença del consum de risc, ja que feien augmentar la remissió i reduïen les invalideses (Higgins-Biddle i Babor, 1996; Moyer [et al.], 2002; Babor [et al.], 2003), la qual cosa canviaria la distribució completa del consum de risc si s'apliquessin al total de la població en risc (una reducció en la prevalença total d'un 35-50%, equivalent a un 14-18% de millora en l'índex de recuperació en comparació amb l'absència de tractament). Les estimacions es van ajustar a partir del compliment del tractament (70%) i la incidència en la població objectiva (25% dels consumidors de risc). Si s'implementés a tota la Unió Europea, el model estimava que un programa d'intervenció breu que arribés al 25% de la població de risc podia evitar entre 512 (països B d'Europa) i 1.056 (països C d'Europa) anys de vida ajustats per invalidesa per cada milió de persones l'any, amb un cost d'entre 26 € (països B d'Europa) i 185 € (països A d'Europa) per cada 100 persones l'any (vegeu les figures 7.11 i 7.12 al final del capítol). El model va calcular que la provisió d'intervencions breus en atenció primària al 25% de la població de risc de tota la Unió Europea pot evitar uns 408.000 anys d'invalidesa i mort prematura amb un cost estimat de 740 milions d'euros cada any (adaptat de Chisholm [et al.], 2004).

Relació cost-efectivitat de les diferents opcions de política

A la figura 7.11 es mostra un resum de l'impacte estimat de les diferents intervencions (anys de vida ajustats per invalidesa per cada milió de persones cada any) en comparació amb una Europa on no existís cap d'aquests programes, i a la figura 7.12 es mostren els costos estimats (euros per cada 100 persones cada any) per a les tres regions de la Unió Europea, segons la classificació de l'OMS de la taula 7.2.

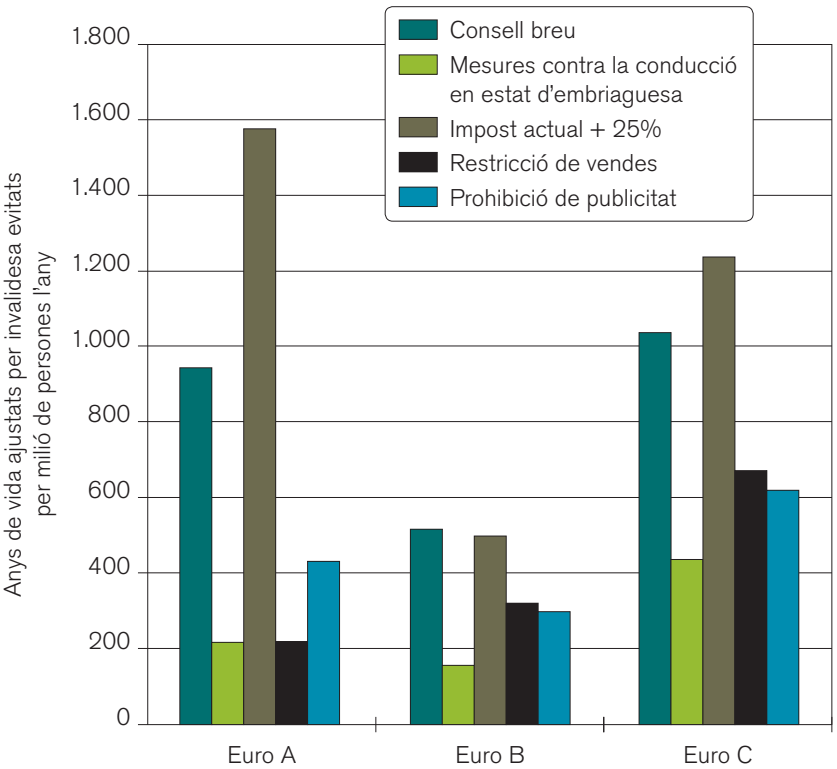


Figura 7.11: L'impacte de les diferents opcions de política (anys de vida ajustats per invalidesa per cada milió de persones per cada any) a les tres subregions dels 25 països membres d'Europa. **Font:** Chisholm [et al.] (2004) (adaptada).

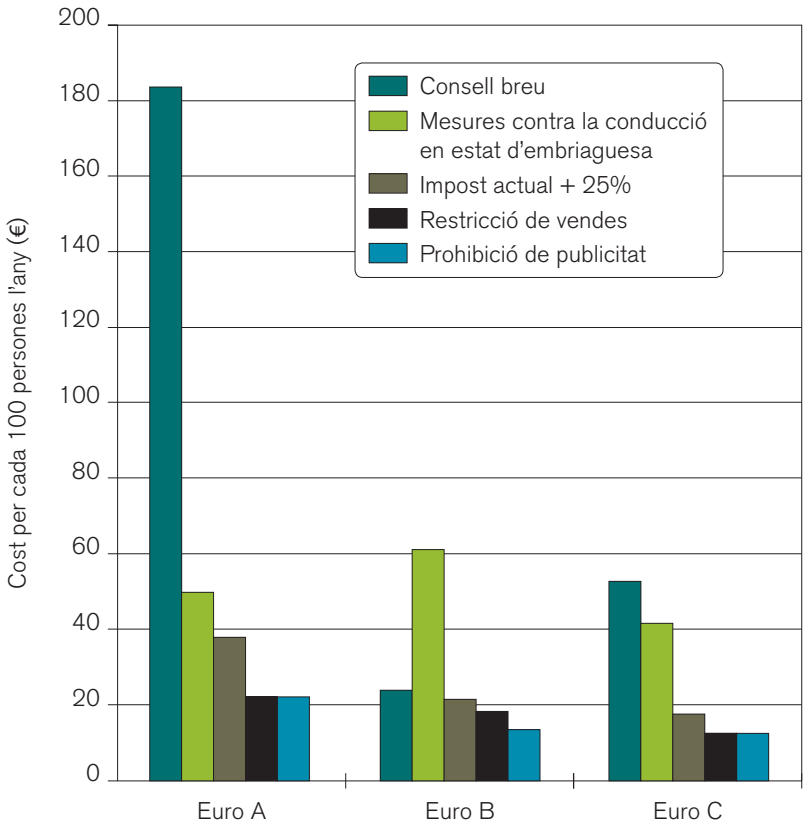


Figura 7.12: El cost de les diferents opcions de política (per cada 100 persones cada any, en euros) a les tres subregions dels 25 països membres de la Unió Europea. **Font:** Chisholm [et al.] (2004) (adaptada).

A les tres regions, els impostos (nivells actuals d'impostos amb un 25% d'augment en l'impost, en comparació amb l'absència d'impost) tenen un impacte més gran a l'hora de reduir els problemes relacionats amb l'alcohol, seguits per les intervencions breus dels professionals de la salut ofertes a un 25% de la població de risc.

Les tres mesures reguladores (impostos, vendes restringides i controls de la publicitat) són les més barates quant a costos d'implementació, i les mesures contra la conducció sota els efectes de l'alcohol i les intervencions breus són les més cares. Tot i que les intervencions breus són les més cares d'implementar, cal remarcar que en la despesa per serveis sanitaris, les intervencions breus per al consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol són unes de les mesures amb més bona relació cost-efectivitat de totes les intervencions del servei sanitari per millorar la salut (Anderson [et al.], 2005).

Cost-efectivitat

Les figures 7.13 a 7.15 mostren l'anàlisi de cost-efectivitat de les diferents intervencions, de manera individual i combinada. L'eix vertical (escala logarítmica) representa el cost (en euros) per cada 100.000 persones l'any, i l'eix horitzontal representa el nombre d'anys de vida ajustats per invalidesa que s'estalvien per cada milió de persones cada any. Les línies en diagonal de color blau (també a l'escala logarítmica de dreta a esquerra) mostren l'anàlisi de cost-efectivitat en euros per cada any de vida ajustat per invalidesa estalviat, que va de 100 € (a baix, a la dreta) a 10.000 € per anys de vida ajustats per invalidesa (a dalt, a l'esquerra). Així doncs, per exemple, a la figura 7.13, s'estima que una política que estableixi un impost al nivell actual més un 25% (indicat amb un rombe de color rosa) amb un cost de 38 € per cada 100 persones cada any pot evitar 1.576 anys de vida ajustats per invalidesa

per cada milió de persones cada any amb una anàlisi cost-efectivitat de 241 € per any de vida ajustat per invalidesa. Cal remarcar que totes les intervencions per reduir el consum de risc i el consum perjudicial d'alcohol mostren un relació altament favorable entre cost i efecte. Cada any de vida ajustat per invalidesa estalviat gràcies a aquestes estratègies efectives té un cost considerablement menor que els ingressos mitjans anuals per capita, el nivell llindar proposat per la Comissió de Macroeconomia i Salut perquè es consideri que una intervenció té una molt bona relació cost-efectivitat (OMS, 2001; OMS, 2002:108).

Es veu clarament que a les tres subregions d'Europa, els impostos (mostrats amb un asterisc blau i un rombe rosa), l'accés restringit (mostrat amb una creu verda) i les prohibicions de la publicitat (mostrades amb un signe menys blau) són les opcions de programes amb millor relació cost-efectivitat. Però també cal remarcar que, en comparació amb les altres intervencions en els serveis sanitaris, les intervencions breus (marcades amb un rombe vermell) també tenen una molt bona relació cost-efectivitat, d'entre 493 € (països C d'Europa) i 1.959 € (països A d'Europa). Implementar les cinc opcions també és extraordinàriament barat, en comparació amb el cost social de l'alcohol (vegeu el capítol 6). En comparació amb l'absència de programes, un programa que inclogui consell breu per part dels metges, control aleatori d'alcoholèmies, l'impost actual més un 25%, l'accés restringit i la prohibició de la publicitat (mostrada amb un quadrat groc) costaria només 1.300 milions d'euros i evitaria 1,4 milions d'anys de vida ajustats per invalidesa relacionats amb l'alcohol cada any.

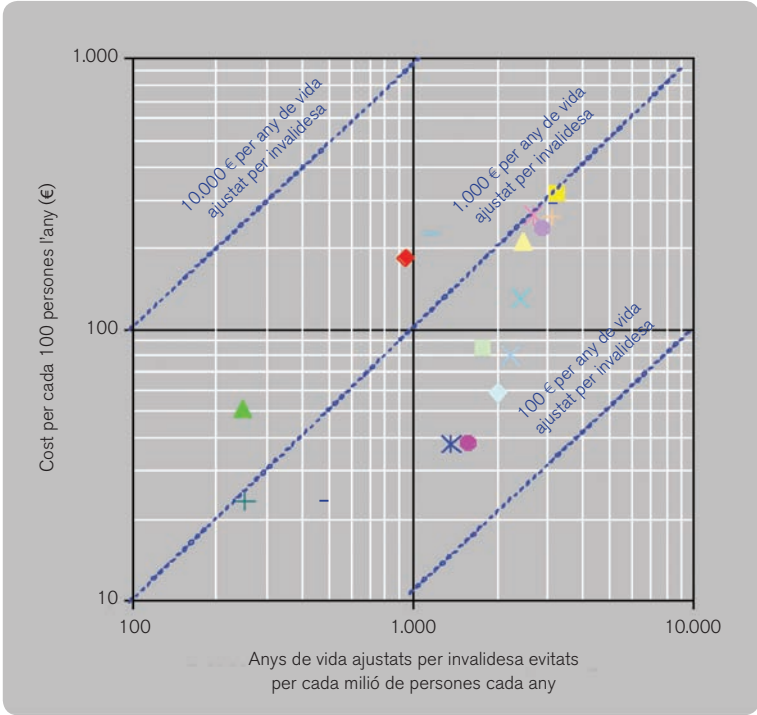


Figura 7.13: Relació cost-efectivitat de les diferents opcions de polítiques per als països **A de la UE25** (escales logarítmiques). Les línies diagonals mostren l'anàlisi cost-efectivitat dels costos en euros per any de vida ajustat per invalidesa evitat. (Llegenda, vegeu la figura 7.13).
Font: Chisholm [et al.] (2004) (adaptat).

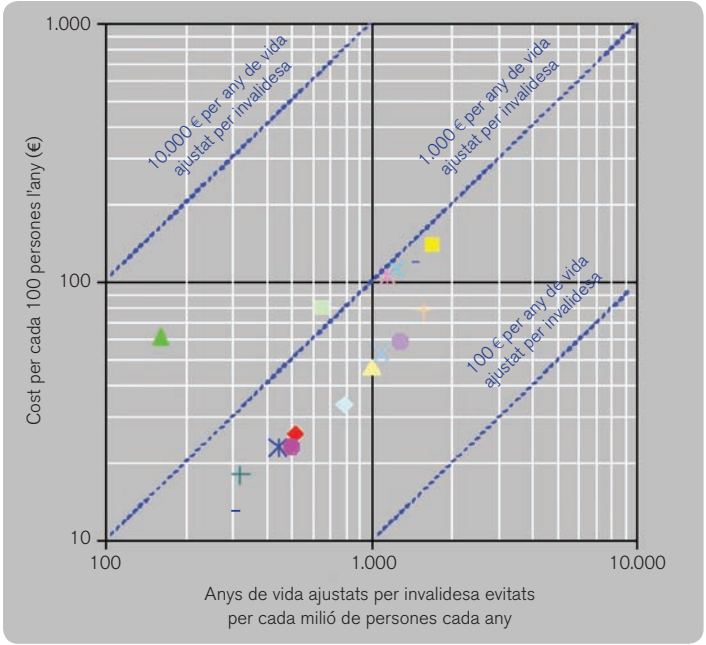


Figura 7.14: Relació cost-efectivitat de les diferents opcions de política per als països **B de la UE25** (escales logarítmiques). Les línies diagonals mostren l'anàlisi cost-efectivitat en euros per cada any de vida ajustat per invalidesa estalviat. (Llegenda, vegeu la figura 7.13).
Font: Chisholm [et al.] (2004) (adaptada).

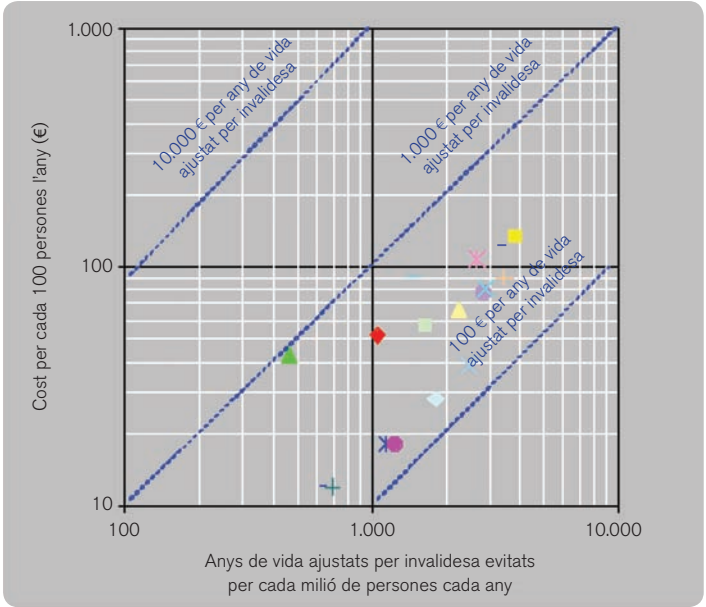


Figura 7.15: Relació cost-efectivitat de les diferents opcions de programes per als països **C de la UE25** (escales logarítmiques). Les línies diagonals mostren l'anàlisi cost-efectivitat dels costos en euros per any de vida ajustat per invalidesa evitat. (Llegenda, vegeu la figura 7.13).
Font: Chisholm [et al.] (2004) (adaptat).

- ◆ A. Consell breu per part de metges (25% cobertura)
- ▲ B. Proves aleatòries d'alcoholèmia
- ✕ C1. Impost actual
- C2. Impost actual + 25%
- + D. Accés restringit (vendes)
- E. Prohibició d'anuncis
- F1. Consell breu + proves aleatòries d'alcoholèmia
- ◆ F2. Impost + prohibició d'anuncis
- F3. Impost + proves aleatòries d'alcoholèmia
- ▲ F4. Consell breu + impostos
- ✕ F5. Impostos + prohibició d'anuncis + accés restringit
- ✕ F6. Consell breu + impost + controls d'alcoholèmia aleatòries
- F7. Consell breu + impostos + prohibició d'anuncis
- + F8. Consell breu + impostos + prohibició d'anuncis + accés restringit
- F9. Consell breu + impostos + prohibició d'anuncis + proves aleatòries d'alcoholèmia
- ✕ F10. Impostos + prohibició d'anuncis + accés restringit + proves aleatòries d'alcoholèmia
- F11. Consell breu + impostos + prohibició d'anuncis + proves aleatòries d'alcoholèmia + accés restringit

Conclusió

Hi ha molta evidència per aconsellar quines polítiques i programes relacionats amb l'alcohol funcionen i quins no funcionen per reduir els problemes relacionats amb l'alcohol. Tot i que la major part de la literatura per provar l'efectivitat de les opcions dels programes d'alcohol és nord-americana, la solidesa de l'evidència està reforçada per la seva coherència al llarg del temps en diferents jurisdiccions, països i cultures. El que sorprèn especialment és que les polítiques que funcionen són aquelles que promouen un entorn de suport on els individus poden fer eleccions saludables, tot i que aquesta evidència no sempre es tradueix en una política (Marmot, 2004).

Els programes i les polítiques que van dirigits a l'individu, com els programes educatius a les escoles, són els menys efectius. Això no vol dir que aquests programes s'hagin de deixar de banda, sinó que més aviat se suggereix que no és bo utilitzar els pocs recursos disponibles per invertir fortament en aquests programes. També es reconeix que els programes on s'impliquen els mitjans de comunicació tenen una importància especial per reforçar la consciència social dels problemes causats pel consum alcohòlic i crear les bases per fer intervencions específiques.

L'excepció a la manca d'efectivitat dels programes basats en els individus és on els problemes o el risc que apareguin ja són una realitat. Hi ha molta evidència que les intervencions breus fetes en l'entorn de l'assistència sanitària per als individus quan existeix un consum de risc i un consum perjudicial de l'alcohol són efectives per reduir els problemes relacionats amb l'alcohol. El que també queda clar és que tant l'aplicació com unes estratègies àmplies són importants. Per exemple, l'impacte del servei de begudes responsable és superior quan hi ha una aplicació activa i el suport dels programes de prevenció comunitaris.

L'altra conclusió sorprenent és que la política en matèria d'alcohol no és només efectiva, sinó també barata. En comparació amb l'absència de programes, un programa extens que es presenti per reduir l'amenaça de l'alcohol a la Unió en quasi un terç de la situació actual només costaria als governs de la Unió un total estimat de 1.300 milions d'euros cada any, un 1% dels costos totals tangibles de l'alcohol per a la societat i només un 10% de l'estimació dels ingressos guanyats a partir d'un 10% d'augment en el preu de l'alcohol mitjançant impostos a la UE15.

Bibliografia

Aaker, D. A. (1996). Building strong brands. New York: The Free Press.

Aaron, P. i Musto, D. (1981). Temperance and prohibition in America: An historical overview. A: M. H. Moore i D. Gerstein, (Ed.), Alcohol and public policy: Beyond the shadow of Prohibition, pp.127-181. Washington, DC: National Academy Press.

Aas, H. i Klepp, K. I. i Laberg, J. C. i Aarø, L. E. (1995). Predicting adolescents' intentions to drink alcohol: Outcome expectancies and self-efficacy. Journal of Studies on Alcohol 56: 293-299.

Aas, H. i Klepp, K. I. (1992). Adolescents' alcohol use related to perceived norms. Scandinavian Journal of Psychology 33: 315-325.

Aas, H. (1993). Adaptation of the Alcohol Expectancies Questionnaire (AEQ-A): A short version For use among 13-year-olds in Norway. Scandinavian Journal of Psychology 34: 107-118.

Aas, N. H. i Leigh, B. C. i Anderssen, N. i Jakobsen, R. (1998). Two-year longitudinal study of alcohol expectancies and drinking among Norwegian adolescents. Addiction 93: 373-384.

Abbey, A., Scott, R. O. i Smith, M. J. (1993). Physical, subjective, and social availability: their relationship to alcohol consumption in rural and urban areas, Addiction, 88, 489-499.

Academy of Medical Sciences (2004). Calling Time: The nation's drinking as a major public health issue. www.acmedsci.ac.uk.

Adam T., Evans D. i Murray C. J. (2003). Econometric estimation of country-specific hospital costs. Cost-effectiveness and Resource Allocation; 1: 3, (www.resource-allocation.com).

Adlaf, E. M. i Kohn, P. M. (1989). Alcohol advertising, consumption, and abuse: A covariance-structural modeling look at Strickland's data. British Journal of Addictions 84: 749-757.

Agostinelli, G. i Grube, J. W. (2002). Alcohol counter-advertising and the media: A review of recent research. Alcohol Research and Health 26: 15-21.

Aguirre-Molina, M. i Gorman, D. M. (1996). Community-based approaches for the prevention of alcohol, tobacco, and other drug use. Annual Review of Public Health 17: 337-358.

Ahtola, J., Ekholm, A. i Somervuori, A. (1986). Bayes estimates for the price and income elasticities of alcoholic beverages in Finland from 1955 to 1980. Journal of Business and Economic Statistics, 4, 199-208.

Aitken, P. P., Eadie, D. R., Leather, D. S., McNeill, R. E. J. i Scott, A. C. (1988). Television advertisements for alcohol drinks do reinforce under-age drinking. British Journal of Addiction 83: 1399-1419.

Aitken, P. P., Leather, D. S. i Scott A. C. (1988). Ten to sixteen-year-olds' perceptions of advertisements for alcoholic drinks. Alcohol and Alcoholism 23: 491-500.

Aitken, P. P. (1989). Television alcohol commercials and under-age drinking. International Journal of Advertising 8: 133-150.

Alaniz M. L., Cartmill, R. S. i Parker R. N. (1998). Immigrants and violence: the importance of neighborhood context. Hispanic Journal of Behavioral Sciences 20, 155-174.

Alaniz, M. L. i Wilkes, C. (1998). Pro-drinking messages and message environments for young adults: The case of alcohol industry advertising in African American, Latino, and Native American communities. Journal of Public Health Policy, 19(4), 447-471.

Alcohol and Tobacco Tax and Trade Bureau (2003). Health Claims and Other Health-Related Statements in the Labeling and Advertising of Alcohol Beverages (99R-199P) Federal Register / Vol. 68, No. 41 / Monday, March 3, 2003 / Rules and Regulations.

Allamani, A., Basetti Sani, I., Voller, F., Cipriani, F., Ammannati, P. i Centurioni, A. (2003). Experiences from a community alcohol action research in Scandicci, Florence Nordic Studies on Alcohol and Drugs 20 105-109.

Anderson P., Gual A. i Colom, J. (2005). Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions. Department of Health of the Government of Catalonia: Barcelona.

Anderson, P. (2003). The Risk of Alcohol. PhD thesis. Nijmegen, Radboud University. http://webdoc.ubn.kun.nl/mono/a/anderson_p/riskofal.pdf.

Anderson, P., Kaner, E., Wutzke, S., Wensing, M., Grol, R., Heather, N. i Saunders, J. (2003). Attitudes and management of alcohol problems in general practice: descriptive analysis based on findings of a WHO international Collaborative Survey. Alcohol and Alcoholism 38 597-601.

Anderson, P., Kaner, E., Wutzke, S., Funk, M., Heather, N., Wensing, M., Grol, R., Gual, A. i Pas, L. (2004). Attitudes and managing alcohol problems in general practice: an interaction analysis based on Findings from a WHO Collaborative Study. Alcohol and Alcoholism 39:351-356.

Anderson, P., Laurant, M., Kaner, E., Grol, R. i Wensing, M. (2004). Engaging general practitioners in the management of alcohol problems: Results of a meta-analysis. Journal of Studies on Alcohol. 65 191-199.

Andsager, J. L., Austin, E. W. i Pinkleton, B. E. (2002). Gender as a variable in the interpretation of alcohol-related mes-sages. Communication Research 29: 246-269.

Arnold M. J. i Laidler T. J. (1994). Situational and Environmental Factors in Alcohol-Related Violence, Vol. 7. Canberra, Australia: Government Publishing Services.

Arthurson, R. (1985). Evaluation of random breath testing. Sydney: Traffic Authority of New South Wales, Research Note RN 10/85.

Ary, D. V., Tildesley, E., Hops, H. i Andrews, J. (1993). The influence of parent, sibling, and peer modeling and attitudes on adolescent use of alcohol. International Journal of the Addictions.

Asma, F. E., Hilker, R. R. J., Shevlin, J. J., i Golden, R. G. (1980). Twenty-five years of rehabilitation of employees. Journal of Occupational Environmental Medicine 22:241-244.

Atkin C. K. i Block M. (1983). Effectiveness of celebrity endorsers. Journal of Advertising Research 23:57-61.

Atkin, C. K. (1990). Effects of televised alcohol messages on teenage drinking patterns. Journal of Adolescent Health Care 11, 10-24.

Atkin, C. K. i Block, M. (1980). Content and effects of alcohol advertising, Washington: Bureau of Tobacco, Alcohol and Firearms.

Atkin, C. K., Hocking, J. i Block, M. (1984). Teenage drinking: Does advertising make a difference? Journal of Communication 34: 157-167.

Atkin, C. K., Neuendorf, K. i McDermott, S. (1983). The role of alcohol advertising in excessive and hazardous drinking. Journal of Drug Education 13: 313-324.

Austin, E. W. i Johnson, K. K. (1997a). Immediate and delayed effects of media literacy training on third graders' decision making for alcohol. Health Communication 9: 329-349.

Austin, E. W. i Johnson, K. K. (1997b). Effects of general and alcohol-specific media literacy training on children's decision making about alcohol. Journal of Health Communication 2: 17-42.

Austin, E. W. i Knaus, C. (2000). Predicting the potential for risky behavior among those "too young" to drink as the result of appealing advertising. Journal of Health Communication 5: 13-27.

Austin, E. W. i Meili, H. K. (1994). Effects of interpretations of televised alcohol portrayals on children's alcohol beliefs. Journal of Broadcasting and Electronic Media 38: 417-435.

Austin, E. W. i Nach-Ferguson, B. (1995). Sources and influences of young school-age children's general and brand-specific knowledge about alcohol. Health Communication 7: 1-20.

Austin, E. W., Pinkleton, B. E. i Fujioka, Y. (2000). The Role of interpretation processes and Parental discussion in the media's effects on adolescents' use of alcohol. Pediatrics 105: 343-349.

Austin, E. W. i Nach-Ferguson, B. (1995). Sources and influences of young school-age children's general and brand-specific knowledge about alcohol. J Health Commun 7(1):1-20.

Babor, T. F., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., Grube, J. W., Gruenewald, P. J., Hill, L., Holder, H. D., Homel, R., Österberg, E., Rehm, J., Room, R. i Rossow, I. (2003). Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and Public Policy. Oxford, Oxford Medical Publication, Oxford University Press.

Baer, J. S. *et al.* (1992). An experimental test of three methods of alcohol risk reduction with young adults. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60: 974-979.

Baer, J. S. *et al.* (2001). Brief intervention for heavy drinking college students: 4-year follow-up and natural history. American Journal of Public Health, 91: 1306-1310.

Bahk, C. M. (2001). Perceived realism and role attractiveness in movie portrayals of alcohol drinking. Am J Health Behav 25:433- 46.

Baker, D. I. i Miller, W. T. (1997). Privacy, Antitrust and the National Information Infrastructure: Is Self-Regulation of Telecommunications-Related Personal Information a Workable Tool?, in PRIVACY AND SELF-REGULATION IN THE INFORMATION AGE (NTIA 1997), available at <http://www.ntia.doc.gov/reports/privacy/privacy_rpt.htm>.

Balkam, S. (1997). Content Ratings for the Internet and Recreational Software, in Privacy And Self-Regulation In The Information Age (NTIA 1997), available at <http://www.ntia.doc.gov/reports/privacy/privacy_rpt.htm>.

Ballesteros, J., Duffy, J. C., Querejeta, I., Arino, J. i Gonzales-Pinto, A. (2004a). Efficacy of brief interventions for hazardous drinkers in primary care|: systematic review and meta-analysis, Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 28, 608-618.

Ballesteros, J., Gonzalez-Pinto, A., Querejeta, I. i Arino, J. (2004b). Brief interventions for hazardous drinkers delivered in primary care are equally effective in men and women, Addiction, 99, 103-108.

Baltussen, R., Adam, T., Tan Torres, T., Hutubessy, R., Acharya, A., Evans, D. B. i Murray, C. J. L. (2004). Generalized Cost-effectiveness Analysis: a guide. Geneva, World Health Organization. <http://www.who.int/whosis>.

Barlow, T. i Wogalter, M. S. (1993). Alcoholic beverage warnings in magazine and television advertisements. *Journal of Consumer Research* 20, 147-156.

Barnard, M. i Forsyth, A. J. M. (1998). Alcopops and under-age drinking: changing trends in drink preference. *Health Educ.* 6:208–12.

Barnett, W. S. (1993). Benefit-cost analysis of preschool education: findings from a 25- year follow-up. *American Journal of Orthopsychiatry* 63(4):500–508.

Bauman, K. E. *et al.* (2002). Influence of a family program on adolescent smoking and drinking prevalence. *Prev. Sci.*, 3: 35-42.

Beccaria, F. (2001). The Italian debate on alcohol advertising regulation. *Contemporary Drug Problems* 28 (4): 48-50.

Beirness, D. J. i Simpson, H. M. (2002). The Safety Impact of Lowering the BAC Limit for Drivers in Canada. Ottawa: Traffic Injury Research Foundation.

Bennett, J. B., Patterson, C. R., Reynolds, G. S., Wiitala, W. L. i Lehman, W. E. (2004). Team awareness, problem drinking, and drinking climate: workplace social health promotion in a policy context. *Am J Health Promot* Nov-Dec;19(2):103-13.

Berglund, M., Thelander, S. i Jonsson, E. (Eds.) (2003). Treating Alcohol and Drug Abuse: An Evidence-based Review (Weinheim, Wiley-VCH).

Bernhoft, I. M., Behrendorff, I. (2003). Effect of lowering the alcohol limit in Denmark *Accid Anal Prev.* 35(4):515-25.

Bertholet, N., Daeppen, J-B., Wietlisbach, V., Fleming, M. i Burnand, B. (en premsa) Brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis, *Archives of Internal Medicine*.

Bien T. H., Miller, W. R. i Tonigan, J. S. (1993). Brief interventions for alcohol problems: a review, *Addiction*, 88, 315-335.

Bjarnason, T. *et al.* (2003). Alcohol culture, family structure and adolescent alcohol use: multilevel modelling of frequency of heavy drinking among 15-16 year old students in 11 European countries. *J. Stud. Alcohol*, 64(2): 200-8.

Bjerre, B. Primary and secondary prevention of drink driving by the use of alcolock device and program: Swedish experiences *Accid Anal Prev* 2005 Nov;37(6):1145-52.

Blake, D. i A. Nied, (1997). The Demand for Alcohol in the United Kingdom, *Applied Economics*, 29, 1655-1672.

Blane, D., Brunner, E. i Wilkinson, R. (1996). Health and social organization. London: Routledge.

Blose, J. O. i Holder, H. D. (1987). Liquor-by-the-drink and alcohol-related traffic crashes: a natural experiment using time-series analysis. *Journal of Studies on Alcohol* 48, 52-60.

Bourgeois, J. i Barnes, J. (1979). Does Advertising Increase Alcohol Consumption?, *Journal of Advertising Research* 19, 19-29.

Blum, T. C. i Roman, P. M. (1995). Cost-Effectiveness and Preventive Implications of Employee Assistance Programs. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; Publication RP0907.

Bobak, M., Pikhart, H., Kubinova, R., Malyutina, S., Pajak, A., Sebakova, H., Topor-Madry, R., Nikitin, Y., Caan, W. i Marmot, M. (2005). The association between psychosocial characteristics at work and problem drinking: a cross-sectional study of men in three Eastern European urban populations. *Occup Environ Med* Aug;62(8):546-50.

Bondy, S. J., Rehm, J., Ashley, M. J., Walsh, G., Single, E. i Room, R. (1999). Low-risk drinking guidelines: scientific evidence. *Canadian Journal of Public Health* 90, 264-270.

Borschos, B. (2000). Evaluation of the Swedish drunken driving legislation implemented on February 1, 1994. [On-line] Presented at the 15th International Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety, Stockholm, Sweden: 22-26 September. Available from: <http://www.vv.se> Accessed: January 2004.

Botvin, G. J. i Botvin, E. M. (1992). Adolescent tobacco, alcohol, and drug abuse: Prevention strategies, empirical findings, and assessment issues. *Developmental and Behavioral Pediatrics* 13, 290-301.

Botvin, G. J., Baker, E. i Dusenbury, L. (1995a). Long term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial. *Journal of the American Medical Association*, 273, 1106–1112.

Botvin, G. J., Schinke, S. P., Epstein, J. A., Diaz, T. i Botvin, E. M. (1995b). Effectiveness of culturally focused and generic skills training approaches to alcohol and drug abuse prevention among minority adolescents two-year follow-up results. *Psychology of Addictive Behaviours*, 9, 183–194.

Bowerman, R. J. (1997). Effect of a community-supported alcohol ban on prenatal and other substance abuse. *American Journal of Public Health* 87, 1378-1379.

Boyd, R. i Seldon, B. (1990). The Fleeting Effect of Advertising, *Economic Letters*, 34.

Braun K. i Graham K. amb Bois, C., Tessier, C., Hughes, S., i Prentice, L. (2000). Safer Bars Trainer's Guide. Toronto, Canada: Centre for Addiction and Mental Health.

Briscoe, S. i Donnelly, N. (2003a). Problematic licensed premises for assaults in inner Sydney, Newcastle and Wollongong. *Australian and New Zealand Journal of Criminology*, 36, 18-33.

Briscoe, S. i Donnelly, N. (2003b). Liquor licensing enforcement activity in New South Wales. *Alcohol Studies Bulletin*, no. 4, Sydney: NSW Bureau of Crime Statistics and Research.

Brown, S. (1995). Post-modern marketing research – no representation without taxation. *J Mrkt Res Soc.* 37(3):287–310.

Brown, J. i Witherspoon, E. (2002). The mass media and American adolescents' health. *Journal of Adolescent Health* 31, 153–170.

Brown, J. H. i Kreft, I. G. G. (1998). Zero effects of drug prevention programs: Issues and solutions. *Evaluation Review* 22, 3-14.

Brown, S. A., Christiansen, B. A. i Goldman, M. S. (1987). The alcohol expectancy questionnaire: An instrument for the assessment of adolescent and adult alcohol expectancies. *Journal of Studies on Alcohol* 48: 483-491.

Bruun, K., Edwards, G., Lumio, M., Mäkelä, K., Pan, L., Popham, R. E., Room, R., Schmidt, W., Skog, O.-J., Sulkunen, P., i Österberg, E. (1975). *Alcohol Control Policies in Public Health Perspective*. Helsinki: The Finnish Foundation for Alcohol Studies.

Cabinet Office (2003). *Alcohol Harm Reduction Strategy for England*.

Calfee, J. i Scheraga, C. (1994). The Influence of Advertising on Alcohol Consumption: A Literature Review and An Econometric Analysis of Four European Nations, *International Journal of Advertising*, vol. 13, no. 4, p. 287-310.

Campell, A. J. (1999). Self-Regulation and the media. *Federal Communications Law Journal*. 1999:3, 711-772.

Canzer, B. (1996). Social marketing approach to media intervention design in health and lifestyle education. *Dissertation Abstracts International* 57, 647A.

Cape, G. S. (2003). Addiction, stigma and movies. *Acta Psychiatr Scand* 10:163– 9.

Casiro, O. G., Stanwick, R. S., Pelech, A., Taylor, V., Friesen, F., Fast, M., Peabody, D., Alto, L., Edye-Mazowita, G., Dean, H. i Esquivel, A. (1994). Public awareness of the risks of drinking alcohol during pregnancy: The effects of a television campaign. *Canadian Journal of Public Health* 85, 23-27.

Casswell, S. i Zhang, J. (1998). Impact of liking for advertising and brand allegiance on drinking and alcohol-related aggression: a longitudinal study. *Addiction*. 93(8):1209–17.

Casswell, S. (1997). Public discourse on alcohol. *Health Promotion International* 12, 251- 257.

Casswell, S. (1995). Does alcohol advertising have an impact on public health? *Drug Alcohol Rev.* 14:395–404.

Casswell, S. i Maxwell, A. (2005). Regulation of Alcohol Marketing: A Global View *Journal of Public Health Policy* (2005) 26, 343–358.

Casswell, S. (1993). Commentary: Public discourse on the benefits of moderation: implications for alcohol policy development. *Addiction* 88, 459-465.

Casswell, S. i Gilmore, L. (1989). Evaluated community action project on alcohol. *Journal of Studies on Alcohol*, 50, 339-346.

Casswell, S., Ranson, R. i Gilmore, L. (1990). Evaluation of a mass-media campaign for the primary prevention of alcohol-related problems. *Health Promotion International* 5 9-17.

CDC (2003). Point-of-Purchase Alcohol Marketing and Promotion by Store Type --- United States, 2000–2001 April 11, 2003 / 52(14);310-313
<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5214a4.htm>.

Chaloupka, F. J., Saffer, H., i Grossman, M. (1993). Alcohol-control policies and motor-vehicle fatalities. *Journal of Legal Studies* 22, 161-186.

Chaloupka, F. J., Grossman, M. i Saffer, H. (2002). The effects of price on alcohol consumption and alcohol-related problems. *Alcohol Research and Health*, 26, 22-34.

Chaloupka, F. J. i Laixuthai, A. (1997). Do youths substitute alcohol and marijuana? Some econometric evidence. *Eastern Economic Journal* 23(3):253– 276.

Chaloupka, F. J. i Wechsler, H. (1996). Binge drinking in college: The impact of price, availability, and alcohol control policies. *Contemporary Economic Policy* 14(4):112–124.

Chaloupka, F. J., Grossman, M. i Saffer, H. (1998). The effects of price on the consequences of alcohol use and abuse. A: Galanter, M., ed. *Recent Developments in Alcoholism, Volume 16: The Consequences of Alcohol*. New York: Plenum Press, pp. 331–346.

Chatterton, P. i Hollands, R. (2003). *Urban Nightscapes: Youth Cultures, Pleasure Spaces and Corporate Power*. Routledge: London.

Chen, M.-J. i Grube J. W. (2002). TV beer and soft drink advertising: what young people like and what effects? *Alcohol Clin Exp Res* 26(6):900– 6.

Chen, M. J., Grube, J. W., Bersamin, M., Waiters, E. i Keefe, D. B. (2005). Alcohol advertising: what makes it attractive to youth? *J Health Commun Sep*;10(6):553-65.

Chesson, H., Harrison, P. i Kassler, W. J. (2000). Sex under the influence: The effect of alcohol policy on sexually transmitted disease rates in the United States. *Journal of Law and Economics* 43(1): 215–238.

Chikritzhs, T. i Stockwell, T. R. (2002). The impact of later trading hours for Australian public houses (hotels) on levels of violence. *Journal of Studies on Alcohol*, 63, 591-599.

Chikritzhs, T., Stockwell, T. i Masters, L. (1997). Evaluation of the public health and safety impact of extended trading permits for Perth hotels and nightclubs. Perth: National Centre for Research into the Prevention of Drug Abuse, Curtin University.

Chikritzhs, T., Stockwell, T. i Pascal, R. (2005). The impact of the Northern Territory's Living With Alcohol program, 1992–2002: revisiting the evaluation *Addiction*, 100 1625–1636.

Chisholm, D., Rehm, J., Van Ommeren, M. i Monteiro, M. (2004). Reducing the Global Burden of Hazardous Alcohol Use: a Comparative Cost-Effectiveness Analysis. *Journal of Studies on Alcohol*, 65(6): 782-93.

Chiu, A. Y., Perez, P. E. i Parker, R. N. (1997). Impact of banning alcohol on outpatient visits in Barrow, Alaska. *Journal of the American Medical Association* 278, 1775-1777.

Chou, C.-P., Montgomery, S., Pentz, M. A., Rohrbach, L. A., Johnson, C.A., Flay, B.R. i MacKinnon, D. P. (1998). Effects of a Community-based prevention program on decreasing drug use in high-risk adolescents. *American Journal of Public Health* 88 (6): 944–948.

Christenson, P. G., Henriksen, L. i Roberts, D. F. (2000). Substance use in popular prime time television. Office of National Drug Control Policy: Mediascope.

Cimini, M. D., Page, J. C. i Trujillo, D. (2002). Using peer theater to deliver social norms information: the Middle Earth Players program. The Report on Social Norms 2:1–8 (working paper 8).

Clapp, J. D., Johnson, M., Voas, R.B., Lange, J.E., Shillington, A. i Russell, C. (2005). Reducing DUI among US college students: results of an environmental prevention trial *Addiction*, 100 , 327–334.

Clements, K. W. i Selvanathan, S. (1991). The economic determinants of alcohol consumption. *Australian Journal of Agricultural Economics*, 35, 209-231.

Clements, K. W., Yang, W. i Zheng, S. W. (1997). Is utility additive? The case of alcohol. *Appl Econ* 29(9):1163–1167.

Coate, D. i Grossman, M. (1988). Effects of alcoholic beverage prices and legal drinking ages on youth alcohol use. *Journal of Law and Economics* 31, 145-171.

Cohen, D. A., Mason, K. i Scribner, R. (2002). The Population Consumption Model, Alcohol Control Practices, and Alcohol-related Traffic Fatalities. *Preventive Medicine*, 34 (2): 187-97.

Colan, N. B. i Schneider, R. (1992). The effectiveness of supervisor training: One-year follow up. *Journal of Employee Assistance Research* 1:83–95.

Collins, R. L., Schell, T., Ellickson, P. L. i McCaffrey, D. (2003). Predictors of beer advertising awareness among eighth graders. *Addiction* Sep;98(9):1297-306.

Connolly, G. M., Casswell, S., Zhang, J. F. i Silva, P. A. (1994). Alcohol in the mass media and drinking by adolescents: A longitudinal study. *Addiction* 89: 1255-1263.

Cook, P. J. i Moore, M. J. (1993). Taxation of alcoholic beverages. *Economics and the Prevention of Alcohol-Related Problems*. National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism, Rockville, MD.

Cook P. J. i Tauchen, G. (1982). The effect of liquor taxes on heavy drinking. *Bell Journal of Economics*, 13, 379-390.

Cook, P. J. i Moore, M. J. (2002). The economics of alcohol abuse and alcohol control policies. *Health Affairs* 2002 21 120-133.

Cooke, E., Hastings, G., Wheeler, C., Eadie, D., Moskalewicz, J. i D browska, K. (2004). Marketing of Alcohol to Young People: A Comparison of the UK and Poland. *Eur Addict Res* 2004;10:1-7.

Cooke, E., Hastings, G. i Anderson, S. (2002). Desk research to examine the influence of marketing and advertising by the alcohol industry on young people's alcohol consumption. Research prepared for the World Health Organization by the Centre for Social Marketing at the University of Strathclyde.

Cowan, R. i Mosher, J. F. (1985). Public health implications of beverage marketing: Alcohol as an ordinary consumer product. *Contemporary Drug Problems*, 12(4), 621-657.

Cuijpers, P., Riper, H. i Lemmens, L. (2004). The effects on mortality of brief interventions for problem drinking: a meta-analysis, *Addiction*, 99, 839-845.

Cumsille, P. E., Sayer, A. G. i Graham, J. W. (2000). Perceived exposure to peer and Adult drinking as predictors of growth in positive alcohol expectancies during adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68: 531-536.

Curran, P. J., Stice, E. i Chassin, L. (1997). The relation between adolescent alcohol use And peer alcohol use: A longitudi-nal random coefficients model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.

Cusenza, S. (1998). Organizing to reduce neighborhood alcohol problems: A frontline account. *Contemporary Drug Problems* 25, 99-111.

d'Abbs P. i Togni S. (2000). Liquor licensing and community action in regional and remote Australia: a review of recent initiatives. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 24, 45-53.

d'Abbs, P. (2004). Alignment of the policy planets: behind the implementation of the Northern Territory (Australia) Living With Alcohol programme. *Drug and Alcohol Review*, 23, 55–66.

d'Abbs, P. i Forner, J. (1995). An evaluation of measures designed to reduce nightclub related violence and disorder in Darwin. Darwin: Menzies School of Health Research.

d'Abbs, P., Forner, J. i Thomsen, P. (1994). Darwin Nightclubs: A Review of Trading Hours and Related Issues. Darwin: Menzies School of Health Research.

D'Amico, E. J. i Fromme, K. (2002). Brief prevention for adolescent risk-taking behavior. *Addiction* 97:563–74 .

D'Onofrio, G. i Degutis, L. C. (2002). Preventive care in the emergency department: Screening and brief intervention for alcohol problems in the emergency department: A systematic review. *Academic Emergency Medicine* 9, 627-638.

Dalton, M. A., Ahrens, M. B., Sargent, J. D. *et al.* (2002). Relation between parental restrictions on movies and adolescent use of tobacco and alcohol. *Eff Clin Pract* 5:1– 10.

Dee, T. S. (1999). State alcohol policies, teen drinking and traffic accidents. *Journal of Public Economics* 72(2): 289–315.

Dee, T. S. i Evans, W. N. (2001). Teens and traffic safety. A: Gruber, J., ed. *Risky Behavior Among Youth: An Economic Perspective*. Chicago: University of Chicago Press, pp. 121–165.

DeJong, W. i Langford, L. M. (2002). A typology for campus-based alcohol prevention: moving toward environmental management strategies. *Journal of Studies on Alcohol Suppl.* No.14, 140-147.

Dent, C. W., Grube, J. W. i Biglan, A. (2005). Community level alcohol availability and enforcement of possession laws as predictors of youth drinking. *Prev Med* 2005 Mar;40(3):355-62.

Dent, C. W. (2005). Community Level Alcohol Availability and Enforcement of Possession Laws as Predictors of Youthful Drinking. *Preventive Medicine*, 40, 355-362. *Addiction Research*, 5 (6): 451-472.

Dielman, T. E. (1995). School-based research on the prevention of adolescent alcohol use and misuse: Methodological issues and advances. A: Boyd, G. M., Howard, J., i Zucker, R. A. (eds.) Alcohol problems among adolescents: Current directions in prevention research, pp. 125-146. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Dinh-Zarr, T., Goss, C., Heitman, E., Roberts, I. i DiGiuseppi, C. (2004). Interventions for preventing injuries in problem drinkers. The Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 3.

Distilled Spirits Council of the United States, I. (1998). Code of good practice for distilled spirits advertising and marketing (1998). Available: <http://www.discus.org/industry/code/>.

Ditter, S. M., Elder, R. W., Shults, R. A., Sleet, D. A., Compton, R. i Nichols, J. L. (2005). Effectiveness of designated driver programs for reducing alcohol-impaired driving a systematic review Am J Prev Med Jun;28(5 Suppl):280-7.

Donnelly, N. i Briscoe, S. (2003). Signs of intoxication and server intervention among 18-39-year-olds drinking at licensed premises in New South Wales, Australia. Addiction, 98, 1287-1295.

Donnelly, N. i Briscoe, S. (2005). Intelligence-led regulation of licensed premises A: Stockwell T, Gruenewald P, Toumbourou J, i Loxley W, eds. Preventing harmful substance use: The evidence base for policy and practice. Chichester: Wiley.

D'onofrio, G. i Degutis, L. C. (2002). Preventive care in the emergency department; screening and brief intervention for alcohol problems in the emergency department: a systematic review, Academic Emergency Medicine, 9, 627-638.

D'Onofrio, G., Bernstein, E., Bernstein, J., Woolard, R., Brewer, Ph. A., Craig, S. A. *et al.* (1998). Patients with alcohol problems in the emergency department, part 2: Intervention and referral. Academic Emergency Medicine **5**, 1210-1217.

Douglas, R. R., Prentice, L., Rylett, M. i Gliksman, L. (en premsa). Applied democracy in the reduction of community problems: Alcohol policy development in rural communities. MAP Manual.

Douglas, R. R. (1990). Formulating alcohol policies for community recreation facilities: Tactics and problems. A: Giesbrecht, N., Conley, P., Denniston, R. W., Gliksman, L., Holder, H. D., Pederson, A., Room, R. i Shain, M. (eds): Research, Action and the Community: Experiences in the Prevention of Alcohol and Other Drug Problems. Rockville, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services.

Dresser, J. (2000). Comparing Statewide Alcohol Server Training Systems. (Unpublished manuscript).

Duffy, M. (1991). Advertising in Demand Systems: Testing a Galbraithian Hypothesis, Applied Economics, 23, 485-496.

Duffy, M. (1995). Advertising in Demand Systems for Alcoholic Drinks and Tobacco: A Comparative Study, Journal of Policy Modeling, vol. 17 no. 6, p. 557-577.

Duffy, M. (2001). Advertising in Consumer Allocation Models: Choice if Functional Form, Applied Economics, 33, 437-456.

Duffy, M. (1987). The Demand for Alcoholic Drink in the United Kingdom, 1963-78, Applied Economics, 15, 1983, 125-140.

Dunn, M. E. i Yniguez, R. M. (1999). Experimental demonstration of the influence of alcohol advertising on the activation of alcohol expectancies in memory among fourth and fifth-grade children. Experimental Clinical Psychopharmacology 7: 473-83.

DuRant, R. H., Rome, E. S., Rich, M., Allred, E., Emans, S. J. i Woods, E. R. (1997). Tobacco and alcohol use behaviors portrayed in music videos: A content analysis. American Journal of Public Health 87: 1131-1135.

Edwards, G., Anderson, P., Babor, T. F., Casswell, S., Ferrence, R., Giesbrecht, N., Godfrey, C., Holder, H. D., Lemmens, P., Mäkelä, K., Midanik, L. T., Norström, T., Österberg, E., Romelsjö, A., Room, R., Simpura, J., i Skog O.-J. (1994). Alcohol Policy and the Public Good. Oxford: Oxford University Press.

Edwards, D., Iorio, V., Berry, N. H. i Gunderson, E. K. E. (1973). Prediction of success for alcoholics in the Navy: A first look. Journal of Clinical Psychology 29(1):86-89.

Elder, R. W., Nichols, J. L., Shults, R. A., Sleet, D. A., Barrios, L. C. i Compton, R. (2005). Effectiveness of school-based programs for reducing drinking and driving and riding with drinking drivers a systematic review Am J Prev Med Jun;28(5 Suppl):288-304.

Ellickson, P. L., Collins, R. L., Hambarsoomians, K. i McCaffrey, D. F. (2005). Does alcohol advertising promote adolescent drinking? Results from a longitudinal assessment. Addiction Feb;100(2):235-46.

Emmen, M. J., Schippers, G. M., Bleijenberg, G. i Wollsheim, H. (2004). Effectiveness of opportunistic brief interventions for problem drinking in a general hospital setting: systematic review. British Medical Journal, 328, 318-322.

Engineer, R., Phillips, A., Thompson, J. i Nicholls, J. (2003). Drunk and disorderly: a qualitative study of binge drinking among 18 to 24 yr olds. London: Home Office Research Studies.

Escobedo, L. G. i Ortiz, M. (2002). The Relationship Between Liquor Outlet Density and Injury and Violence in New Mexico. Accident Analysis Prevention. 34 (5): 689-94.

Euromonitor International (2004). The World Market for Spirits and FABs. Euromonitor International. London, England; Section 22.

Evans, W. N., Neville, D. i Graham, J. D. (1991). General deterrence of drunk driving: evaluation of recent American policies. Risk Analysis 11, 279-289.

Everett, S. A., Schnuth, R. L., Tribble, J. L. (1998). Tobacco and alcohol use in top-grossing American films. J Comm Health 23:317- 24.

Ezzati, M., Lopez, A. D. i Rodgers, A. *et al.* (2002). Selected major risk factors and global and regional burden of disease. Lancet; 360: 1347-1360.

Fahrenkrug, H. i Rehm, J. (1995). Drinking contexts and leisure-time activities in the prephase of alcohol-related road accidents by young Swiss residents. Sucht 41, 169-180.

Faragher, E. B., Cass, M. i Cooper, C. L. (2005). The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis *Occup Environ Med* 2005;62:105–112.

Farrell, S., Manning, W. G. i Finch, M. D. (2003). Alcohol dependence and the price of alcoholic beverages. *Journal of Health Economics* 22 117-147.

Federal Trade Commission (1998). Beck's North America, Inc., Complaint, available at <<http://www.ftc.gov/os/1998/9808/9823092.cmp.htm>>.

Federal Trade Commission (1999). Self-regulation in the alcohol industry: A review of industry efforts to avoid promoting alcohol to underage consumers. Washington, DC.

Federal Trade Commission (2003). Alcohol Marketing and Advertising: A Report to Congress. Washington, DC: FTC, September 2003. Available at <http://www.ftc.gov/os/2003/09/alcohol08report.pdf>.

Fedler, F., Philips, M., Raker, P., Schefsky, D. i Soluri, J. (1994). Network commercial promote legal drugs: Outnumber anti-drug PSA's 45-to-1. *Journal of Drug Education* 24, 291-302.

Fell, J., Voas, R. B. i Lange, J. E. (1997). Designated driver concept: extent of use in the USA. *Journal of Traffic Medicine*, 25(3-4),109-114.

Felson, M., Berends, R., Richardson, B. i Veno, A. (1997). Reducing pub hopping and related crime. A: R., Homel, (Ed) *Policing for Prevention: Reducing Crime, Public Intoxication, and Injury*, Crime Prevention Studies, 7, New York: Criminal Justice Press.

Finn, T. A. i Strickland, D. E. (1982). A content analysis of beverage alcohol advertising: II. Television Advertising. *Journal of Studies on Alcohol* 43: 964-989.

Fisher, J. C. i Cook, P. A. (1995). Advertising, Alcohol Consumption, and Mortality: An Empirical Investigation. Westport, CT: Greenwood Press.

Fleming, K., Thorson, E. i Atkin, C. K. (2004). Alcohol advertising exposure and perceptions: links with alcohol expectancies and intentions to drink or drinking in underaged youth and young adults. *J Health Commun Jan-Feb*;9(1):3-29.

Fleming, M. F., Mundt, M. P. i French, M. T. *et al.* (2000). Benefit-cost analysis of brief physician advice with problem drinkers in primary care settings. *Medical Care*; 38: 7-18.

Fleming, D. i Zwiebach, P. (1999). UDV unveils global campaign for Johnnie Walker, its first ever. *Impact*, 29(23), 1, 18-19.

Fleming, M. F., Mundt, M. O. i French, M. T. *et al.* (2002). Brief physician advice for problem drinkers: long-term efficacy and benefit-cost analysis, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26, 36-43.

Forster, J. L., McGovern, P. G., Wagenaar, A. C., Wolfson, M., Perry, C. L. i Anstine, P. S. (1994). Ability of young people to purchase alcohol without age identification in northeastern Minnesota, USA. *Addiction* 89:699-705.

Forster, J. L., Murray, D. M., Wolfson, M. i Wagenaar, A. C. (1995). Commercial availability of alcohol to young people: Results of alcohol purchase attempts. *Preventive Medicine* 24:342-347.

Foss, R. D., Marchetti, L. J. i Holladay, K. A. (2001). Development and evaluation of a comprehensive program to reduce drinking and impaired driving among college students. Washington DC: U.S. Department of Transportation, National Highway Traffic Safety Administration. (DOT HS 809 396).

Foxcroft, D. R., Lister-Sharp, D. i Lowe, G. (1997). Alcohol misuse prevention for young people: a systematic review reveals methodological concerns and lack of reliable evidence of effectiveness. *Addiction*; 92: 531-538.

Franke, G. i Wilcox, G. (1987). Alcoholic Beverage Advertising and Consumption in the United States, 1964-1984, *Journal of Advertising*, 16, 22-30.

Freemantle, N., Gill, P. i Godfrey, C. *et al.* (1993). Brief Interventions and alcohol use. *Effective Health Care Bulletin* No. 7.(University of Leeds, Nuffield Institute for Health).

Funk, M., Wutzke, S., Kaner, E., Anderson, P., Pas, L., McCormick, R., Gual, A., Barfod, S. i Saunders, J. (2005). A multi country controlled trial of strategies to promote dissemination and implementation of brief alcohol intervention in primary health care: Findings of a WHO Collaborative Study. *Journal of Studies on Alcohol* 66 379-388.

Garfield, C. F., Chung, P. J. i Rathouz, P. J. (2003). Alcohol advertising in magazines and adolescent readership. *Journal of American Medical Association* 289 2424-2429.

Geller, E. S., Russ, N. W. i Delphos W. A. (1987). Does server intervention training make a difference? An empirical field evaluation. *Alcohol, Health and Research World* 11, 64-69.

Gentilello, L. M., Rivara, F. P., Donovan, D. M., Jurkovich, G. J., Daranciang, E., Dunn, C. H., Villaveces, A., Copass, M. i Ries, R. R. (1999). Alcohol Interventions in a trauma center as a means of reducing the risk of injury recurrence. *Annals of Surgery* **230**, 473-483.

Gentilello, L. M., Rivara, F. P., Donovan, D. M., Jurkovich, G. J., Daranciang, E., Dunn, C. H., Villaveces, A., Copass, M. i Ries, R. R. (1999). Alcohol Interventions in a trauma center as a means of reducing the risk of injury recurrence. *Annals of Surgery* **230**, 473-483.

Giesbrecht, N. (2000). Roles of commercial interests in alcohol policies: Recent developments in North America. *Addiction* 95 (Suppl. 4), 581-595S.

Giesbrecht, N. i Greenfield T. K. (1999). Public opinions on alcohol policy issues: a comparison of American and Canadian surveys. *Addiction* 94, 521-531.

Giesbrecht, N., Conley, P., Denniston, R., Gliksman, L., Holder, H. D., Pederson, A., Room, R., i Shain, M. (eds.) (1990). *Research, Action, and the Community: Experiences in the Prevention of Alcohol and Other Drug Problems*. Rockville, Maryland: Office for Substance Abuse Prevention.

Giesbrecht, N. (2003). Alcohol, tobacco and local control. A comparison of several community-based prevention trials. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 20 25-40.

Gius, M. P. (2005). An estimate of the effects of age, taxes and other socioeconomic variables on the alcoholic beverage demand of young adults. *The Social Science Journal* 42 13-24.

Gliksman, L., Single, E., McKenzie, D., Douglas, R., Brunet, S. i Moffat, K. (1993). The role of alcohol providers in prevention: An evaluation of a server intervention programme. *Addiction* 88, 1189-1197.

Gliksman, L., Douglas, R. i Rylett, M. (1999). Two decades of municipal alcohol policy development: Challenges, solutions and findings in a Canadian province. A: Casswell, S. Holder, H., Holmila, M., Larsson, S., Midford, R., Moewaka Barnes, H., Nygaard, P. i Stewart, L. (eds.): Kettil Bruun Society Thematic Meeting Fourth Symposium on Community Action Research and the Prevention of Alcohol and Other Drug Problems. Auckland, New Zealand: Alcohol and Public Health Research Unit, University of Auckland.

Gliksman, L., Douglas, R. R., Rylett, M. i Narbonne-Fortin, C. (1995). Reducing problems through municipal alcohol policies: The Canadian experience in Ontario. *Drugs, Education, Prevention and Policy* 2 (2): 105–118.

Godfrey, C. (1989). Factors influencing the consumption of alcohol and tobacco: the use and abuse of economic models. *British Journal of Addiction*, 84, 1123-1138.

Godfrey, C. (1990). Modelling demand. A: Preventing alcohol and tobacco problems, (Maynard, A. i Tether, P., Eds), Vol, pp. 35-53. Avebury, Aldershot.

Godfrey, C. (1988). Licensing and the demand for alcohol. *Applied Economics*, 20, 1541–1558.

Godfrey, C. (1994). Economic influence on change in population and personal substance behavior. A: Edwards, G. i Lader, M., eds. *Addiction: Process of Change*. Society for the Study of Addiction Monograph No. 3. New York, NY: Oxford University Press, pp. 163–187.

Goel, R. i Morey, M. (1995). The Interdependence of Cigarette and Liquor Demand, *Southern Economic Journal*, vol. 62, no. 2, p. 441-459.

Goldberg, M. E., Gorn, G. J. i Lavack, A. M. (1994). Product innovation and teenage alcohol consumption: The case of wine coolers. *J Public Policy and Marketing*. 13(2):218–27.

Goodstadt, M. i Flynn, L. (1993). Protecting oneself and protecting others: refusing service, providing warnings, and other strategies for alcohol warnings. *Contemporary Drug Problems* 20, 277-291.

Googins, B. i Kurtz, N. R. (1981). Discriminating participating and non participating supervisors in occupational alcoholism programs. *Journal of Drug Issues* 11:199–216.

Gorman, D. M. (1995). Are school-based resistance skills training programs effective in preventing alcohol abuse? *Journal of Alcohol and Drug Education* 41, 74-98.

Gorman, D. M. (1996). Do school-based social skills training programs prevent alcohol use among young people? *Addiction Research*, 4 191-210.

Gorman, D. M. (1998). The irrelevance of evidence in the development of school-based drug prevention policy, 1986-1996. *Evaluation Review* 22, 118-146.

Gorman, D., Speer, P. W., Gruenewald, P. J. i Labouvie, E. W. (2001). Spatial dynamics of alcohol availability, neighborhood structure and violent crime. *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 628-636.

Grabowski, H. (1976). The Effects of Advertising on the Interindustry Distribution of Demand, *Explorations in Economic Research*, 3, 21-75.

Graham, K. (1999). *Safer Bars: Assessing and Reducing Risks of Violence*. Toronto, Canada: Centre for Addiction and Mental Health.

Graham, K. i Homel, R. (1997). Creating safer bars. A: Plant, M., Single, E. i Stockwell, T. (eds.) *Alcohol: Minimizing the Harm*, pp. 171-192. London, UK: Free Association Press.

Graham, K., Jelley, J. i Purcell, J. (2002). Evaluation of the Safer Bars Training Program. Paper presented at an International Experts Forum: Setting the Agenda for Correctional Research in Substance Abuse, Charlottetown, Prince Edward Island, Canada.

Graham, K., LaRocque, L., Yetman, R., Ross, T. J. i Guistra, E. (1980). Aggression and barroom environments. *Journal of Studies on Alcohol* 41, 277-292.

Graham, K. (2000). Preventive interventions for on-premise drinking: a promising but under-researched area of prevention. *Contemporary Drug Problems*, 27, 593-668.

Graham, K., Osgood, D. W., Zibrowski, E., Purcell, J., Gliksman, L., Leonard, K., Pernanen, K., Saltz, R. F. i Toomey, T. L. (2004). The effect of the Safer Bars programme on physical aggression in bars: results of a randomized controlled trial. *Drug and Alcohol review* 23 31-41.

Grant, T. M., Ernst, C. C., Streissguth, A. i Stark, K. (2005). Preventing alcohol and drug exposed births in Washington state: intervention findings from three parent-child assistance program sites *Am J Drug Alcohol Abuse* 2005;31(3):471-90.

Graves, K. (1993). Evaluation of the alcohol warning label: a comparison of the United States and Ontario, Canada in 1990 and 1991. *Journal of Public Policy and Marketing* 12, 19-29.

Greenberg, E. S. i Grunberg, L. (1995). Work alienation and problem alcohol behavior. *Journal of Health and Social Behavior* 36(1):83–102.

Greenfield, T. K. (1997). Warning labels: Evidence of harm-reduction from long-term American surveys. A: Plant, M., Single, E. i Stockwell, T. (eds.) *Alcohol: Minimizing the Harm*, pp. 105-125. London: Free Association Books.

Greenfield, T. K. i Kaskutas, L. A. (1998). Five years' exposure to alcohol warning label messages and their impacts: Evidence from diffusion analysis. *Applied Behavioral Science Review* 6, 39- 68.

Greenfield, T. K. i Zimmerman R. (eds.) (1993). *CSAP Prevention Monograph - 14: Second International Research Symposium on Experiences with Community Action Projects for the Prevention of Alcohol and Other Drug Problems*. Washington, US: Department of Health and Human Services.

Greenfield, T. K., Giesbrecht, N., Johnson, S. P., Kaskutas, L. A., Anglin, L. T., Kavanagh, L., Room, R. i MacKenzie, B. (1999). *US Federal Alcohol Control Policy Development: A Manual*. Berkeley, California: Alcohol Research Group.

Greenfield, T. K., Graves, K. L. i Kaskutas, L. A. (1993). Alcohol warning labels for prevention: national survey results. *Alcohol, Health and Research World* 17, 67-75.

Grimm, M. (2002). A spirited debate. *American Demographics* 24 (4): 48-50.

Grossman, M., Coate, D. i Arluck, G. M. (1987). Price sensitivity of alcoholic beverages in the United States: Youth, alcohol consumption. A: *Advances in substance abuse: Behavioral and biological research. Control issues in alcohol abuse prevention: Strategies for states and communities*, (Holder, H. D., Ed.), pp. 169-198, JAI, Greenwich, CT.

Grossman, M. (1993). The economic analysis of addictive behavior. A: Hilton, M. E. i Bloss, G., eds. *Economics and the Prevention of Alcohol-Related Problems*. NIAAA Research Monograph No. 25, NIH Pub. No. 93-3513. Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, pp. 91-123.

Grossman, M. i Markowitz, S. Alcohol regulation and violence on college campuses. A: Grossman, M., i Hsieh, C. R., eds. (2001). *Economic Analysis of Substance Use and Abuse: The Experience of Developed Countries and Lessons for Developing Countries*. Cheltenham, United Kingdom: Edward Elgar, pp. 257-289.

Grossman, M. i Markowitz, S. (1999). Alcohol Regulation and Violence on College Campuses. Working Paper 7129, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA.

Grube, J. i Agostinelli, G. (2000). Alcohol Advertising and Alcohol Consumption: a review of recent research. Prevention Research Centre: Berkeley, California.

Grube, J. W. i Stewart, K. (2004). Preventing impaired driving using alcohol policy. *Traffic Inj Prev* 2004 Sep;5(3):199-207.

Grube, J. (1997). Preventing sales of alcohol to minors: results from a community trial. *Addiction* 92 (supplement 2): S251-S260.

Grube, J. W. (1993). Alcohol portrayals and alcohol advertising on television. *Alcohol Health and Research World*, 17, 61-66.

Grube, J. W. i Wallack, L. (1994). Television beer advertising and drinking knowledge, beliefs, and intentions among school children. *American Journal of Public Health* 84, 254-259.

Grube, J. W. i Nygaard, P. (2001). Adolescent drinking and alcohol policy. *Contemporary Drug Problems* 28:87-132.

Grube, J. W. i Waiters, E. (2005). Alcohol in the Media: Content and Effects on Drinking Beliefs and Behaviors Among Youth *Adolesc Med* 16 (2005) 327-343.

Grube, J. W. (1995). Television alcohol portrayals, alcohol advertising, and alcohol expectancies among children and adolescents. A: Martin, S. E. i Mail, P., eds. *Effects of the Mass Media on the Use and Abuse of Alcohol*. NIAAA Research Monograph No. 28. NIH Pub. No. 95-3743. Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, pp. 105-121.

Gruenewald, P. J., Millar, A. B. i Roeper, P. (1996). Access to alcohol: geography and prevention for local communities. *Alcohol Health and Research World* 20, 244-251.

Gruenewald, P. J., Ponicki, W. R. i Holder, H. D. (1993). The relationship of outlet densities to alcohol consumption: a time series cross-sectional analysis. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 17, 38-47.

Gruenewald, P. J., Stockwell, T., Beel, A. i Dyskin, E. V. (1999). Beverage sales and drinking and driving: The role of on-premise drinking places. *Journal of Studies on Alcohol* 60, 47-53.

Gruenewald, P. J., Ponicki, W. R., Holder, H. D. i Romelsjo, A. (2000a). Alcohol prices, beverage quality and the demand for alcohol: quality substitutions and price elasticities, *Journal of Studies on Alcohol*.

Gruenewald, P. J., Millar, A. B., Ponicki, W. R. i Brinkley, G. (2000b). Physical and economic access to alcohol: the application of geostatistical methods to small area analysis in community settings, in: Wilson, R. and Dufour, M. (Eds) *Small Area Analysis and the Epidemiology of Alcohol Problems*, NIAAA Monograph, pp. 163-212 (Bethesda, MD, NIAAA).

Gruenewald, P. J., Millar, A., Treno, A. J., Ponicki, W. R., Yang, Z. i Roeper, P. (1996). The geography of availability and driving after drinking, *Addiction*, 91, 967-983.

Gruenewald, P. J., Ponicki, W. R. i Holder, H. D. (1993). The relationship of outlet densities to alcohol consumption: a time series cross-sectional analysis, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17, 38-47.

Gruenewald, P. J. i Johnson, F. W. (2000). Drinking, Driving and Crashing: a traffic flow model of alcohol related motor vehicle accidents, Technical Report no. PG1706 (Berkeley, CA, Prevention Research Center).

Gruenewald, P. J. i Treno, A. J. (2000). Local and global alcohol supply: economic and geographic models of community systems *Addiction* (2000) 95 (Supplement 4), S537-S549.

Gruenewald, P. J. i Ponicki, W. R. (1995). The Relationship of the Retail Availability of Alcohol and Alcohol Sales To Alcohol-related Traffic Crashes. *Accident Analysis Prevention*, 22 (2): 249-59.

Gruenewald, P. J., Johnson, F. W. i Treno, A. J. (2002). Outlets, Drinking and Driving: A Multilevel Analysis of Availability. *Journal of Studies on Alcohol*. 63 (4): 460-8.

Gruenewald, P. J., Remer, L. i Lipton, R. (2002). Evaluating the Alcohol Environment: Community Geography and Alcohol Problems *Alcohol research and Health* 26 42-48.

Gusfield, J. (1995). Meta-analytic perspective on "alcohol in American culture". A: Martin, S. E. i Mail, P. (eds.) *Effects of the Mass Media on the Use and Abuse of Alcohol: NIAAA Research Monograph No. 28*, pp. 31-35. Bethesda, Maryland: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

Haines, B. i Graham, K. (2005). Violence prevention in licensed premises. A: Stockwell, T., Gruenewald, P., Toumbourou, J. i Loxley, W., eds. *Preventing harmful substance use: The evidence base for policy and practice*. Chichester: Wiley.

Hall, W. (1995). Changes in public perceptions of the health benefits of alcohol use, 1989 to 1994. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 20 (1): 93-95.

Handmaker, N. S., Miller, W. R. i Manicke, M. (1999). Findings of a pilot study of motivational interviewing with pregnant drinkers. *J Stud Alcohol* 60(2).

Hansen, D. J. (1980). Drug education: Does it work? *Evaluation Studies Review Annual* 6, 572- 603.

Hansen, D. J. (1982). Effectiveness of alcohol and drug education. *Journal of Alcohol and Drug Education* 27, 1-13.

Hansen, D. J. (1992). School-based substance abuse prevention: A review of the state of the art in curriculum, 1980-1990. *Health Education Research* 7, 403-430.

Hansen, D. J. (1993). School-based alcohol prevention programmes. *Alcohol, Health and Research World* 17, 54-61.

Hansen, D. J. (1994). Prevention of alcohol use and abuse. *Preventive Medicine* 23, 683-687.

Harding, W. M. i Caudill, B. D. (1997). Does the use of designated drivers promote excessive alcohol consumption? A: Mercier-Guyon, C. (Ed.), *Proceedings of the 14th Annual Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety, Volume 3*. Annecy, France, 21-26 September, 1997 (pp.1359-1364). Annecy, France: Centre d'Etudes et de Recherches en Medecine du Traffic.

Harding, W. M., Apsler, R. i Goldfein, J. (1998). *A Directory of Ride Service Programs. Final Technical Report, DOT HS 807 290*. Washington, DC: US Department of Transportation, National Highway Traffic Safety Administration.

Harre, N. i Field, J. (1998). Safe driving education programs at school: lessons from New Zealand. *Aust NZ J Public Health* 22:447-50.

Harrison, L. i Godfrey, C. (1989). Alcohol advertising controls in the 1990's. *Int J Advertising*. 8(2):167-80.

Harwood, E. M., Erickson, D. J., Fabian, L. E., Jones-Webb, R., Slater, S. i Chaloupka, F. J. (2003). Effects of communities, neighborhoods and stores on retail pricing and promotion of beer. *J Stud Alcohol* 2003 Sep;64(5):720-6.

Haskins, J. B. (1985). The role of mass media in alcohol and highway safety campaigns. *Journal of Studies on Alcohol*, 10, 184-191.

Hastings, G. B., Stead, M., McDermott, L., Forsyth, A. J. M., MacKintosh, A. M. i Rayner, M. *et al.* (2003). Review of Research on the Effects of Food Promotion to Children – Final Report and Appendices. Prepared for the Food Standards Agency. Published on Food Standards Agency website. Available at <http://www.food.gov.uk/multimedia/pdfs/foodpromotiontochildren1.pdf>, accessed 28 April 2005.

Hastings, G., Anderson, S., Cooke, E. i Gordon, R. (2005). Alcohol Marketing and Young People's Drinking: A Review of the Research *Journal of Public Health Policy* (2005) 26, 296-311.

Hauritz, M., Homel, R., Townsley, M., Burrows, T. i McIlwain, G. (eds.) (1998a). *An Evaluation of the Local Government Safety Action Projects in Cairns, Townsville and Mackay: A Report to the Queensland Department of Health, the Queensland Police Service and the Criminology Research Council*. Australia: Griffith University, Centre for Crime Policy and Public Safety; School of Justice Administration.

Hauritz, M., Homel, R., McIlwain, G., Burrows, T. i Townsley, M. (1998). Reducing violence in licensed venues through community safety action projects: the Queensland experience. *Contemporary Drug Problems*, 25(3), 511-551.

Hawks, D. *et al.* (2002). Prevention of psychoactive substance use – A selected review of what works in the area of prevention. National Drug Research Institute, Perth, Western Australia, Australia and World Health Organisation, Geneva (www.ndri.curtin.edu.au/pdfs/who_review.pdf).

Head, J., Stansfeld, S. A. i Siegrist, J. (2004). The psychosocial work environment and alcohol dependence: a prospective study *Occup Environ Med* 2004;61:219-224.

Heeb, J.-L., Gmel, G., Zurbrugg, C., Kou, M. i Rehm, J. (2003). Changes in alcohol consumption following a reduction in the price of spirits: a natural experiment in Switzerland. *Addiction* 98 1433-1446.

Henstridge, J., Homel, R. i Mackay, P. (1997). *The Long-Term Effects of Random Breath Testing in Four Australian States: A Time Series Analysis*. Canberra, Australia: Federal Office of Road Safety.

Her, M., Giesbrecht, N., Room, R. i Rehm, J. (1998). Implications of privatizing/Deregulating Alcohol Retail Sales: A Projection of Alcohol Consumption in Ontario. *Journal of Substance Abuse* 10 (4): 355-373.

Her, M., Giesbrecht, N., Room, R. i Rehm, J. (1999). Privatizing Alcohol Sales and Alcohol Consumption: Evidence and Implications. *Addiction* 94(8): 1125-1139.

Herd, D. (2005). Changes in the prevalence of alcohol use in rap song lyrics, 1979-97 *Addiction* Sep;100(9):1258-69.

Hibell, B. (1984). Mellanölets borttagande och indikationer på alkoholskadeutvecklingen (The withdrawal of medium beer and indications on alcohol damages). A: Nilsson, T. (ed) *När mellanölet försvann (When the medium beer was withdrawn)*. 121-172. Linköping: Samhällsvetenskapliga institutionen, Universitetet i Linköping.

Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Ahlström, S., Balakireva, O., Kokkevi, A. i Morgan, M. (2004). *The ESPAD Report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*. Stockholm, Sweden: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and The Pompidou Group at the Council of Europe.

Higgins-Biddle, J. C., Babor, T. F. (1996). *Reducing Risky Drinking*. Report prepared for the Robert Wood Johnson Foundation, Farmington, University of Connecticut Health Center.

Hill, L. i Caswell, S. (2001). Alcohol advertising and sponsorship: commercial freedom or control in the public interest. A: Eds. Heather, N., Peters, T. J. i Stockwell, T. *International Handbook of alcohol dependence and problems*. Chichester: John Wiley and Sons Ltd. pp 823-846, 2001.

Hilton, M. E. (1993). An overview of recent findings on alcoholic beverage warning labels, *Journal of Public Policy and Marketing* 12(1): 1-9.

Hingson, R. W., Zakocs, R. C., Heeren, T., Winter, M. R., Rosenbloom, D. i De Jong, W. (2005). Effects on alcohol related fatal crashes of a community based initiative to increase substance abuse treatment and reduce alcohol availability *Inj Prev* 2005 Apr;11(2):84-90.

Hingson, R., McGovern, T., Howland, J., Heeren, T., Winter, M. i Zakoes, R. (1996). Reducing alcohol-impaired driving in Massachusetts: The Saving Lives Program. *American Journal of Public Health*, 86, 6: 791-797.

Hingson, R., Heeren, T. i Winter, M. (1994). Lower legal blood alcohol limits for young drivers. *Public Health Reports*, 109(6), 739-744.

Hingson, R., Howland, J., Heeren, T. i Winter, M. (1991). Reduced BAC limits for young people (impact on night fatal) crashes. *Alcohol, Drugs and Driving*, 7(2), 117-127.

Hobbs, D. *et al.* (2003). *Bouncers: Violence and Governance in the Night-time Economy*. Oxford University Press: Oxford.

Hoek, J., Gendall, P., Jeffcoat, M. i Orsman, D. (1997). Sponsorship and advertising: a comparison of their effects. *Journal of Marketing Communications*, 3: 21-32.

Hoffman, E. i Roman, P. M. (1984). Effects of supervisory style and experientially based frames of reference on organizational alcoholism programs. *Journal of Studies on Alcohol* 45:260-267.

Holder, H. D. (1994). Mass communication as an essential aspect of community prevention to reduce alcohol-involved traffic crashes. *Alcohol, Drugs and Driving*, 10, 3-4.

Holder, H. D. i Wagenaar, A. C. (1994). Mandated server training and reduced alcohol-involved traffic crashes: A time series analysis of the Oregon experience. *Accident Analysis and Prevention* 26, 89-97.

Holder, H. D., Gruenewald, P. J., Ponicki, W. R., Treno, A. J., Grube, J. W., Saltz, R. F., Voas, R. B., Reynolds, R., Davis, J., Sanchez, L., Gaumont, G. i Roeper, P. (2000). Effect of community-based interventions on high-risk drinking and alcohol-related injuries. *Journal of the American Medical Association* 248, 2341-2347.

Holder, H. D., Janes, K., Mosher, J., Saltz, R., Spurr, S. i Wagenaar, A. C. (1993). Alcoholic beverage server liability and the reduction of alcohol-involved problems. *Journal of Studies on Alcohol* 54, 23-36.

Holder, H. D., Saltz, R. F., Grube, J. W., Voas, R. B., Gruenewald, P. J. i Treno, A. J. (1997a). A community prevention trial to reduce alcohol-involved accidental injury and death: overview. *Addiction* 92 (supplement 2): S155-S171.

Holder, H. D. i Treno, A. J. (1997). Media advocacy in community prevention: news as a means to advance policy change. *Addiction* 92 S189-199.

Holder, H. D. (1998a). *Alcohol and the Community: A Systems Approach to Prevention*. Cambridge: Cambridge University Press.

Holder, H. D. (1998b). Planning for alcohol-problem prevention through complex systems modeling: Results from SimCom. *Substance Use and Misuse*, 33(3), 669-692.

Holder, H. D., Saltz, F. R., Grube, J. W., Treno, A. J., Reynolds, R. I., Voas, R. B. i Gruenewald, P. J. (1997). Summing up: lessons from a comprehensive community prevention trial. *Addiction*, 92 (suppl.): S293-S301.

Holder, H. D., Treno, A. i Levy, D. (2005). *Community Systems and Ecologies of Drug and Alcohol Problems*. A: Stockwell, T., Gruenewald, P., Toumbourou, J. i Loxley, W., eds. Preventing harmful substance use: The evidence base for policy and practice. Chichester: Wiley.

Holmila, M. (2003). The evaluation of the Metropolitan project; process and causality. Allamani, A., Ammannati, P. i Basetti Sani, I. (1999). Early experiences of the Alcohol Community Project in Florence, Italy. A: *Community Action to Prevent Alcohol Problems*. WHO Europe Document EUR/ICP/LVNG 03 03 01 (A).

Holmila, M. (ed.) (1997). *Community Prevention of Alcohol Problems*. London: Macmillan Press Ltd in Association with the WHO European Office.

Homel, R., Hauritz, M., Wortley, R., Mcllwain, G. i Carvolth, R. (1997). Preventing alcohol-related crime through community action: The Surfers Paradise Safety Action Project. *Crime Prevention Studies* 7, 35-90.

Homel, R., Mcllwain, ? i Carvolth R. (2001). Creating safer drinking environments. A: Heather, N., Peters, T. J. i Stockwell, T. (eds.) *Handbook of Alcohol Dependence and Alcohol-Related Problems*, pp. 721-740. Chichester, UK: John Wiley and Sons.

Homel, R., Tomsen, S. i Thommeny, J. (1992). Public drinking and violence: Not just an alcohol problem. *Journal of Drug Issues* 22, 679-697.

Homel, R. i Clark, J. (1994). The prediction and prevention of violence in pubs and clubs. *Crime Prevention Studies*, 3, 1- 46.

Homel, R. (1988). Random breath testing in Australia: A complex deterrent. *Australian Drug and Alcohol Review* 7, 231-241.

Homel, R. (1988). Policing and punishing the drinking driver: A study of general and specific deterrence. New York: Springer-Verlag.

Homel, R., Carvolth, R., Hauritz, M., Mcllwain, G. i Teague, R. (2004). Making licensed venues safer for patrons: what environmental factors should be the focus of interventions. *Drug and Alcohol review* 23 19-29.

Homel, R., Hauritz, M., Wortley, R., Mcllwain, G. i Carvolth, R. (1997). Preventing alcohol-related crime through community action: the Surfers Paradise Safety Action Project. *Crime Prevention Studies*, 7, 35-90.

Howard-Pitney, B., Johnson, M. D., Altman, D. G., Hopkins, R. i Hammond, N. (1991). Responsible alcohol service: A study of server, manager, and environmental impact. *American Journal of Public Health* 81, 197-199.

Huang, C. D. (2003). *Econometric Models of Alcohol Demand in the United Kingdom* [On-line] HM Customs and Excise: London. Available from: <http://www.hmce.gov.uk> Accessed: January 2004.

Hughes, K., MacKintosh, A. M., Hastings, G., Wheeler, C., Watson, J. i Inglis, J. (1997). Young People, Alcohol and Designer Drinks *British Medical Journal*, 8 February 1997, 314: 414-418.

Huitfeldt, B. i Jorner, U. (1972). Efterfrågan på rusdrycker i Sverige [The demand for alcoholic beverages in Sweden]. Rapport från Alkoholpolitiska utredningen [Report from the Alcohol Policy Commission]. Government Official Reports, Stockholm.

Hundley, H. L. (1995). The naturalization of beer in Cheers. *Journal of Broadcasting and Electronic Media* 39: 350-359.

Ireland, C. S. i Thommeny, J. L. (1993). The crime cocktail: Licensed premises, alcohol and street offences. *Drug and Alcohol Review* 12, 143-150.

Irvin, C. B., Wyer, P. C. i Gerson, L. W. (2000). Preventive care in the emergency department, Part II: Clinical preventive services - an emergency medicine evidence-based review, *Academic Emergency Medicine*, 7, 1042-1054.

Jackson, C. i Henriksen, L. i Dickinson, D. (1999). Alcohol-specific socialization, parenting behaviors and alcohol use by children. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 362-367.

Jackson, M. C., Hastings, G., Wheeler, C., Eadie, D. i MacKintosh, A. M. (2000). Marketing alcohol to young people: Implications for industry regulation and research policy. *Addiction*, 95(Supplement 4), S597-S608.

Jeffs, B. W. i Saunders, W. M. (1983). Minimizing alcohol related offences by enforcement of the existing licensing legislation. *British Journal of Addiction*, 78, 67-77.

Jernigan, D. i O'Hara, J. (2004). Alcohol advertising and marketing. A: National Research Council and Institute of Medicine, Reducing Underage Drinking: A Collective Responsibility, Bonnie, R. J. i O'Connell, M. E., eds. (Washington DC: National Academies Press), 625-653.

Jernigan, D. H., Ostroff, J., Ross, C. i O'Hara, J. A. (2004). Sex differences in adolescent exposure to alcohol advertising in magazines. *Arch Pediatr Adolesc Med* Jul;158(7):629-34.

Jernigan, D. i O'Hara, J. (2005). Alcohol Advertising and Promotion. A: Eds. Pp 625-653.

Jernigan, D. H. (1997). Thirsting for markets: The global impact of corporate alcohol. San Rafael: The Marin Institute for the Prevention of Alcohol and Other Drug Problems.

Jernigan, D. H., Ostroff, J. i Ross, C. (2005). Alcohol Advertising and Youth: A Measured Approach *Journal of Public Health Policy* (2005) 26, 312-325.

Jewell, R. T. i Brown, R. W. (1995). Alcohol availability and alcohol-related motor vehicle accidents. *Applied Economics* 27:759-765.

Johansen, P.O. (1994). Markedet som ikke ville dø. Forbudstiden og de illegale alkoholmarkedene i Norge og USA (The market that would not die [Times of prohibition and the illegal alcohol markets in Norway and the US]. Oslo, Norway: National Directorate for Prevention of Alcohol and Drug Use.

Johns, B., Baltussen, R., Adam, T. i Hutubessy, R. (2003). Programme costs in the economic evaluation of health interventions. *Cost-effectiveness and Resource Allocation*; 1: 1.

Johnson, C. A., Pentz, M. A., Weber, M. D., Dwyer, J. H., Baer, N., MacKinnon, D. P., Hansen, W. B. i Flay, B. R. (1990). Relative effectiveness of comprehensive community programming for drug

abuse prevention with high risk and low risk adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 447-456.

Johnsson, K. O. i Berglund, M. (2003). Education of key personnel in student pubs leads to a decrease in alcohol consumption among the patrons: a randomized controlled trial. *Addiction* 98 627-633.

Jonah, B., Mann, R., Macdonald, S., Stoduto, G., Bondy, S., i Shaikh, A. (2000). The effects of lowering legal blood alcohol limits: A review. A: Proceedings of the 15th International Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety. Stockholm, Sweden. www.icadts.com.

Jones, N. E., Pieper, C. F. i Robertson, L. S. (1992). Effect of legal drinking age on fatal injuries of adolescents and young adults. *American Journal of Public Health* 82:112-115.

Jones, S. C. i Donovan, R. J. (2001). Messages in alcohol advertising targeted to youth. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 25: 126-131.

Jones, S. C. i Donovan, R. J. (2002). Self-regulation of alcohol advertising: Is it working for Australia? Source: *Journal of Public Affairs*, Volume 2, Number 3, 1 August 2002, pp. 153-165(13).

Kahan, M., Wilson, L. i Becker, L. (1995). Effectiveness of physician-based interventions with problem drinkers: a review, *Canadian Medical Association Journal*, 152, 851-859.

Kaskutas, L. A. (1995). Interpretations of risk: The use of scientific information in the development of the alcohol warning label policy. *International Journal of the Addictions* 30, 1519-1548.

Kaskutas, L. A. i Greenfield, T. K. (1992). First effects of warning labels on alcoholic beverage containers. *Drug and Alcohol Dependence* 31, 1-14.

Kaskutas, L. A. i Greenfield, T. K. (1997). Behavior change: the role of health consciousness in predicting attention to health warning messages. *American Journal of Health Promotion* 11, 183-193.

Kaskutas, L. A., Greenfield, T. K., Lee, M. i Cote, J. (1998). Reach and effects of health messages on drinking during pregnancy. *Journal of Health Education* 29, 11-17.

Kelleher, K. J., Pope, S. K., Kirby, R. S. i Rickert, V. I. (1996). Alcohol Availability and Motor Vehicle Fatalities. *Journal of Adolescent Health*; 19 (5) Nov 96, p.325-30.

Kelly, K. i Donohew, L. (1999). Media and primary socialization theory. *Substance Use and Misuse* 34: 1033-1045.

Kelly, K. J. i Edwards, R. W. (1998). Image advertisements for alcohol products: Is their appeal associated with adolescents' intention to consume alcohol? *Adolescence* 33: 47-59.

Kenkel, D. S. (1993). Driving, driving and deterrence: the effectiveness and social costs of alternative policies. *Journal of Law and Economics*, 36, 877-913.

King, C., Siegel, M. i Celebucki, C. (1998). Adolescent exposure to cigarette advertising in magazines: An evaluation of brand-specific advertising in relationship to youth advertising. *Journal of the American Medical Association*, 279, 516-520.

Klein, J. D., Brown, J. D. i Childers, K. W. *et al.* (1993). Adolescents' risky behavior and media use. *Pediatrics* 92:24 – 31.

Klein, N. (1999). *No logo: Taking on the brand bullies*. New York: Picador.

Klepp, K., Kelder, S. H. i Perry, C. L. (1995). Alcohol and marijuana use among adolescents: long-term outcomes of the Class of 1989 Study. *Ann Behav Med* 17:19 –24.

Klepp, K. I., Kelder, S. H. i Perry, C. L. (1995). Alcohol and marijuana use among adolescents: Long- term outcomes of the Class of 1989 Study. *Annals of Behavioral Medicine* 17, 19-24.

Klepp, K. I., Schmid, L. A. i Murray, D. M. (1996). Effects of the increased minimum drinking age law on drinking and driving behavior among adolescents. *Addiction Research*, 4:237-244.

Klitzner, M., Gruenewald, P. J., Bamberger, E. i Rossiter, C. (1994). A quasi-experimental evaluation of Students Against Driving Drunk. *Am J Drug Alcohol Abuse* 20:57–74.

Kohn, P. M. i Smart, R. G. (1984). The impact of television advertising on alcohol consumption: An experiment. *Journal of Studies on Alcohol* 45: 295-301.

Kotch, F. B., Coulter, M. L. i Lipsitz, A. (1986). Does televised drinking influence children's attitudes toward alcohol? *Addictive Behaviors* 11: 67-70.

Kotler, P. (1992). *Marketing management: Analysis, planning, implementation, and control* (7th edition). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Kristenson, H., Osterling, A., Nilsson, J. A. i Lindgarde, F. (2002). Prevention of alcohol-related deaths in middle-aged heavy drinkers, *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 26, 478-484.

Kuitenbrouwer, F. (1997). Self-Regulation: Some Dutch Experiences, in *Privacy And Self-Regulation In The Information Age* (NTIA 1997). Available at <http://www.ntia.doc.gov/reports/privacy/privacy_rpt.htm>.

Kulick, A. D. i Rosenberg, H. (2001). Influence of positive and negative film portrayals of drinking on adolescents' alcohol outcome expectancies. *J Appl Soc Psychol* 31:1492–9.

Kuo, M., Wechsler, H., Greenberg, P. i Lee, H. (2003). The marketing of alcohol to college students: the role of low prices and special promotions. *Am J Prev Med* 2003 Oct;25(3):204-11.

Kuusi, P. (1957). *Alcohol sales experiment in rural Finland*. Helsinki: Finnish Foundation for Alcohol Studies, vol 3A.

Kypri, K. i Langley, J. D. (2003). Perceived social norms and their relation to university student drinking. *J. Stud. Alcohol*, 64(6): 829-34.

Laixuthai, A., i Chaloupka, F. J. (1993). Youth alcohol use and public policy. *Contemporary Policy Issues* 11(4):70–81.

Lang, E. i Rumbold, G. (1997). The effectiveness of community-based interventions to reduce violence in and around licensed premises: A comparison of three Australian models. *Contemporary Drug Problems* 24, 805-826.

Lang, E., Stockwell, T., Rydon, P. i Beel, A. (1998). Can training bar staff in responsible serving practices reduce alcohol-related harm? *Drug and Alcohol Review* 17, 39-50.

Lapham, S. C., Gruenewald, P. J., Remer, L. i Layne, L. (2004). New Mexico's 1998 Drive-up Liquor Window Closure. Study I: Effect on Alcohol-involved Crashes. *Addiction*, 99 (5): 598-606.

LasScala, E. A., Gruenewald, P. J. i Gerber, D. (2000). Demographic and environmental correlates of pedestrian injury collisions: a spatial analysis, *Accident Analysis and Prevention*, 35, 651–658.

LaScala, E. A., Johnson, F. i Gruenewald, P. J. (2001). Neighborhood characteristics of alcohol-related pedestrian injury collisions: A geostatistical analysis. *Prevention Science*, 2, 123-134.

Lau, H. H. (1975). Cost of alcoholic beverages as a determinant of alcohol consumption. A: *Research advances in alcohol and drug problems*, (Gibbins, R. J., Israel, Y. i Kalant, H., Eds), Vol. 22, pp[211-245. Wiley, New York.

Lauer, J. A., Murray, C. J. L., Roehrich, K. i Wirth, H. (2003). PopMod: a longitudinal population model with two interacting disease states. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*; 1: 6.

Leaf, W. A. i Preusser, D. F. (1995). Evaluation of youth peer-to-peer impaired driving programs. Final report. Washington DC: National Highway Traffic Safety Administration, (HS 808 309).

Lee, B. i Tremblay, V. (1992). Advertising and the US Market Demand for Beer, *Applied Economics*, 24, 69-76.

Lehman, W. E., Farabee, D., Holcom, M. i Simpson, D. D. (1995). Prediction of substance abuse in the workplace: Unique contributions of personal background and work environment variables. *Journal of Drug Issues* 25:253–274.

Lehto, J. (1995). Approaches to alcohol control policy. WHO Regional Publications. European Series No 60. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Lehtonen, O. (1978). Anniskeluravintoloiden kehityspiirteitä ja –näkyviä 1962-1980 (Development and prospects of the restaurant industry, 1962-1980). *Alkoholipolitiikka* 43:290-298.

Leppänen, K. (1979). Valtakunnallisen lauantaisulkemiskokeilun vaikutuksista alkoholijuomien myyntiin (Effects of national Saturday closing experiment on alcohol sales). *Alkoholipolitiikka*; 44: 20-21.

Leppänen, K., Sullström, R. i Suoniemi, I. (2001). Effects of Economic Factors on Alcohol Consumption in 14 European Countries. *Nordisk Alkoholtidskrift* (Nordic Studies on Alcohol and Drugs), 18(English Supplement): 100.

Leung, S. i Phelps, C. (1991). My kingdom for drink. A review of estimates of the price sensitivity of demand for alcoholic beverages. A: Hilton, M. E. i Bloss, G., eds. *Economics and the Prevention of Alcohol-Related Problems*, pp. 1–32. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA).

Levy, D. T. i Miller, T. R. (1995). A cost-benefit analysis of enforcement efforts to reduce serving intoxicated patrons. *Journal of Studies on Alcohol* 56, 240-247.

Lindgren, A. (1999). Effects of The Swedish Policies To Combat Drunken Driving. Paper presented at the European Symposium on Community Action to Prevent Alcohol Problems, November 18-20, 1999 in Porto, Portugal.

Lindstrom, M. (2005). Social capital, the miniaturisation of community and consumption of homemade liquor and smuggled liquor during the past year Eur J Public Health 2005 Aug 2; pS1101-1262.

Lovato, C., Linn, G., Stead, L. F. i Best, A. (2003). Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3. Art. No.: CD003439. DOI: 10.1002/14651858.CD003439.

Loxely, W., Toumbourou, J. W., Stockwell, T., Haines, B., Scott, K., Godfrey, C., Waters, E., Patton, G., Fordham, R., Gray, D., Marshall, J., Ryder, D., Siggers, S., Sanci, L. i Williams, J. (2004). The prevention of substance use, risk and harm in Australia. Canberra: National Drug Research Institute and Centre for Adolescent Health.

Ludwig, M. J. (1994). Mass media and health education: A critical analysis and reception study of a selected anti-drug campaign. Dissertation Abstracts International 55, 1479A.

MacKinnon, D. P., Johnson, C. A., Pentz, M. A., Dwyer, J. H., Hansen, W. B., Flay, B. R. i Wang, E. Y.-I. (1991). Mediating mechanisms in a school-based drug prevention program. First-year effects of the Midwestern Prevention Project. Health Psychology 10, 164-172.

MacKinnon, D. P., Pentz, M. A. i Stacy, A. W. (1993). The alcohol warning label and adolescents: The first year. American Journal of Public Health 83, 585-587.

Madden, P. A. i Grube, J. W. (1994). The frequency and nature of alcohol and tobacco advertising in televised sports, 1990 through 1992. American Journal of Public Health, 84: 297-290.

Maguire, M., Nettleton, H., Rix, A. i Raybould, S. (2003). Reducing alcohol related violence and disorder: an evaluation of the 'TASC' project. London: Home Office Research, Development and Statistics Directorate.

Mäkelä, P., Tryggvesson, K. i Rossow, I. (2002). Who drinks more or less when policies change? The evidence from 50 years of Nordic studies. A: Room, R. (ed.) The Effects of Nordic Alcohol Policies: Analyses of Changes in Control Systems. Publication No. 42. Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research.

Mäkinen, H. (1978). Kunnallisten keskiolutkieltojen vaikutukset. Tapaustutkimus viidessä kunnassa. (Effects of banning medium beer in municipalities. Case study in five municipalities). Helsinki: Alkoholipoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimusseloste 122.

Makowsky, C. i Whitehead, P. (1991). Advertising and Alcohol Sales: A Legal Impact Study, Journal of Studies on Alcohol, vol. 52, no. 6, p. 555-566.

Mann, R. E., Rehm, J. T., Giesbrecht, N., Room, R., Adlaf, E. M., Gmel, G., Graham, K., Österberg, E. i Smart, R. (2005). The Effect of Different Forms of Alcohol Distribution and Retailing on Alcohol Consumption and Problems _ An Analysis of Available Research. A Report Prepared for the Beverage Alcohol System Review Panel. Centre for Addiction and Mental Health, 2005.

Mann, R. E., Smart, R., Anglin, L. i Adlaf, E. (1991). Reduction in cirrhosis deaths in the United States: Associations with per capita consumption and AA membership. Journal of Studies on Alcohol 52, 361-365.

Mann, R. E., Smart, R., Anglin, L. i Rush B. (1988). Are decreases in liver cirrhosis rates a result of increased treatment for alcoholism. British Journal of Addiction 83, 683-688.

Mann, R. E., Smart, R. G., Rush, B. R., Zalcmán, R. F. i Suurvali, H. (2005). Cirrhosis mortality in Ontario: effects of alcohol consumption and Alcoholics Anonymous participation. Addiction 100 1669-1679.

Mann, R. E., Vingilis, E. R., Leigh, G., Anglin, L. i Blefgen, H. (1986). School-based programmes for the prevention of drinking and driving: issues and results. Accident Analysis and Prevention, 18(4).

Manning, W. G., Blumberg, L. i Moulton, L. H., (1995). The demand for alcohol: the differential response to price. Journal of Health Economics 14, 123-148.

Markowitz, S. i Grossman, M. (2000). The effects of beer taxes on physical child abuse. Journal of Health Economics 19(2):271-282.

Markowitz, S. (2000). The price of alcohol, wife abuse and husband abuse. Southern Economic Journal 67(2):279-303.

Markowitz, S. i Grossman, M. (1998). Alcohol regulation and domestic violence towards children. Contemporary Economic Policy 16(3):309-320.

Marmot, M. (2004). Evidence based policy or policy based evidence? British medical Journal 328 906-907.

Marlatt, G. A. i Witkiewitz, K. (2002). Harm reduction approaches to alcohol use: health promotion, prevention and treatment. Addictive behaviour, 27: 867-886.

Marlatt, G. A. *et al.* (1998). Screening and brief intervention for high-risk college student drinkers: results from a 2-year follow-up assessment. J. Consult. Clin. Psychol. 66:604-15.

Marmot, M. i Wilkinson, R. G. (Eds) (1999). Social determinants of health. Oxford, Oxford University Press.

Martin, J. K., i Roman, P. (1996). Job satisfaction and drinking among employed persons. Work and Occupations 23:115-142.

Martin, S. E., Snyder, L. B., Hamilton, M., Fleming-Milici, F., Slater, M. D., Stacy, A., Meng-Jinn, C. i Grube, J. W. (2002). Alcohol advertising and youth. Alcohol-ism: Clinical and Experimental Research 26: 900-906.

Martin, S.E. (1995). Alcohol and the mass media: Issues, approaches, and research directions. A: Martin, S. (ed.), The Effects of Mass Media on the Use and Abuse of Alcohol (pp. 277-295). Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

Mast, B. D., Benson, B. L. i Rasmussen, D. W. (1999). Beer taxation and alcohol-related traffic fatalities. Southern Economic Journal 66(2):214-249.

Mathijssen, R. (2005). A: Alcohol Interlock Programs. Ottawa: Traffic Injury Research Foundation.

Mathijssen, R. i Wesemann, P. (1993). The role of police enforcement in the decrease of DWI in The Netherlands, 1983-1991. A: Utzelmann, H.-D., Berghaus, G. i Kroj, G. (eds.) Alcohol, Drugs and Traffic Safety - T92: Band 3, pp.1216-1222 (Proceedings of the 12th International Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety, September 28 to October 2, 1992, Cologne, Germany.).

Mathios, A., Avery, R., Shanahan, J. i Bisogini, C. (1998). Alcohol portrayals on prime-time television: Manifest and latent messages. *Journal of Studies on Alcohol* 59: 305-310.

Mattern, J. L. i Neighbors, C. (2004). Social norms campaigns: examining the relationship between changes in perceived norms and changes in drinking levels. *Journal of Studies on Alcohol*, 65(4): 489-493.

Mcallister, P. O. (1993). An evaluation of counseling for employer-referred problem drinkers. *Health Bulletin* 51:285-294.

McBride, N. (2002). Systematic literature review of the school drug education. Monograph No 5. Perth, Western Australia: National Drug Research Institute.

McBride, N. (2003). A systematic review of school drug education *Health Education Research* 18 729-742.

McBride, N. (2005). The evidence base for school drug education interventions. A: Stockwell, T., Gruenewald, P., Toumbourou, J. i Loxley, W., eds. Preventing harmful substance use: The evidence base for policy and practice. Chichester: Wiley.

McBride, N., Farrington, F., Midford, R., Meulners, L. i Phillips, M. (2004). Harm minimization in school drug education: final results of the School Health and Alcohol Harm Reduction Project (SHAHRP). *Addiction* 99 278-291.

McBride, R. i Mosher, J. F. (1985). Public health implications of the international alcohol industry: Issues raised by a World Health Organization project. *British Journal of Addiction*, 80, 141-147.

McGuiness, T. (1980). An Econometric Analysis of Total Demand for Alcoholic Beverages in the U.K. 1956- 1975, *Journal of Industrial Economics*, 29, 85-105.

McGuiness, T. (1983). The Demand for Beer, Spirits and Wine in the UK, 1956-1979, in Grant, Plant and Williams, eds. *Economics and Alcohol* Gardner Press, Inc. New York. Pp 238-242.

McIntosh, W. D., Bazzini, D. G. i Smith, S. M. *et al.* (1999). Alcohol in the movies: characteristics of drinkers and nondrinkers in films from 1940 to 1989. *J Appl Soc Psychol* 29:1191- 9.

McKeganey, N., Forsyth, A., Barnard, M. i Hay, G. (1996). Designer drinks and drunkenness amongst a sample of Scottish schoolchildren. *BMJ*. 313:401.

McKnight, A. J. (1990). Intervention with alcohol-impaired drivers by peers, parents and purveyors of alcohol. *Health Education Research: Theory and Practice* 5, 225-236.

McKnight, A. J. (1991). Factors influencing the effectiveness of server-intervention education. *Journal of Studies on Alcohol* 52, 389-397.

McKnight, A. J. i Streff, F. M. (1994). The effect of enforcement upon service of alcohol to intoxicated patrons of bars and restaurants. *Accident Analysis and Prevention*, 26(1),79-88.

McKnight, A. J. i Voas, R. B. (1991). The effect of license suspension upon DWI recidivism. *Alcohol, Drugs and Driving*, 7(1), 43-54.

McKnight, A. J. i Voas, R. B. (2001). Prevention of alcohol-related road crashes. A: Heather, N., Peters, T. J. i Stockwell, T. (eds.) *International Handbook of Alcohol Dependence and Problems*, pp. 741-770. Chichester, UK: John Wiley and Sons.

McKnight, A. J., Langston, E. A., McKnight, A. S., Resnick, J. A. i Lange, J. E. (1995). Why People Drink and Drive: The Bases of Drinking-and-driving Decisions. Publication No. DOT HS 808 251. Washington, DC: US Department of Transportation, National Highway Traffic Safety Administration.

McKnight, A. J., Preusser, D. F., Psotka, J., Katz, D. B. i Edwards, J. M. (1979). Youth Alcohol Safety Education Criteria Development. NTIS Publication No. PB80-17894-0. Washington, DC: US Department of Transportation.

Meenaghan, T. (1991). Sponsorship – legitimising the medium. *European Journal of Marketing*, 25(11): 5-10.

Meerabeau, E., Gillett, R., Kennedy, M., Adeoba, J., Bypass, M. i Tabi, K. (1991). Sponsorship and the drinks industry in the 1990s. *European Journal of Marketing*, 25(11): 39-56.

Meliker, J. R., Maio, R. F., Zimmerman, M. A., Kim, H. M., Smith, S. C. i Wilson, M. L. (2004). Spatial Analysis of Alcohol-related Motor Vehicle Crash Injuries in Southeastern Michigan. *Accident Analysis Prevention*, 36 (6): 1 129-35.

Mello, M. J., Nirenberg T. D., Longabaugh, R., Woolard, R., Minugh, A., Becker, B., Baird, J. i Stein, L. (2005). Emergency department brief motivational interventions for alcohol with motor vehicle crash patients. *Annals of Emergency Medicine*, 4, 620-625.

Michael, D. C. (1995). Federal Agency Use of Audited Self-Regulation as a Regulatory Technique, *Admin. L. Rev.* 171, 181-82.

Miller, W. i Wilbourne, P. (2002). Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction*, 97, 265-277.

Minister For Health Victoria (2003). Report To The Ministerial Council Of Drug Strategy Review of the Self-Regulatory System for Alcohol Advertising By the National Committee for the Review of Alcohol Advertising .

Mirazee, E., Kingery, P. M. i Pruitt, B. E. (1989). Sources of drug information among adolescent students. *Journal of Drug Education* 21 (2): 95-106.

Mitchell, P., Sanson, A., Spooner, C., Copeland, J., Vimpani, G., Toumbourou, J. W. *et al.* (2001). The Role of Families in the Development, Identification, Prevention and Treatment of Illicit Drug Problems. A literature review prepared for the National Illicit Drug Strategy Working

Committee and the National Health and Medical Research Council. Canberra: Commonwealth of Australia.

Mohler-Kuo, M., Rehm, J., Heeb, J. L. i Gmel, G. (2004). Decreased taxation, spirits consumption and alcohol-related problems in Switzerland. *J Stud Alcohol* 65(2):266-73.

Møller, L. (2002). Legal restrictions resulted in a reduction of alcohol consumption among young people in Denmark. A: Room, R. (ed.) *The Effects of Nordic Alcohol Policies: What happens to Drinking and Harm when Controls Change?* Nordic Council for Alcohol and Drug Research: Helsinki. 155-166.

Monti, P. M., Colby, S. S. M., Barnett, N. P., Spirito, A., Rohsenow, D. J., Myers, M., Woolard, R. i Lewander, W. (1999). Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67, 989-994.

Monti, P. M., Colby, S. S. M., Barnett, N. P., Spirito, A., Rohsenow, D. J., Myers, M., Woolard, R. i Lewander, W. (1999). Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67, 989-994.

Morrissey, M. A., Grabowski, D. C., Dee, T. S. i Campbell, C. (2005). The strength of graduated drivers license programs and fatalities among teen drivers and passenger. *Accid Anal Prev* 2005 Sep 16; pS0001-4575.

Mosher, J. F. i Johnsson, D. (2005). Flavored Alcoholic Beverages: An International Marketing Campaign that Targets Youth *Journal of Public Health Policy* (2005) 26, 326–342.

Mosher, J. M. (1979). Dram shop law and the prevention of alcohol-related problems. *Journal of Alcohol Studies*, 40:773-798.

Mosher, J. M. (1983). Server intention: a new approach for preventing drug driving. *Accident Analysis and Prevention* 15, 483-497.

Mosher, J. M. (1987). *Liquor Liability Law*. New York: Matthew-Bender.

Moskalewicz, J. i Swiatkiewicz, G. (2000). Alcohol consumption and its consequences in Poland in the light of official statistics. A: Leifman, H. i Edgren Henrichsen, N. (eds.) *Statistics on Alcohol, Drugs and Crime in the Baltic Sea Region*, pp. 143-161. Publication No. 37. Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research.

Moyer, A., Finney, J. W., Swearingen, C. E. i Vergun, P. (2002). Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction*; 97: 279-292.

Mulford, A., Ledolter, J. i Fitzgerald, J. L. (1992). Alcohol Availability and Consumption: Iowa Sales Data Revisited. *Journal of Studies on Alcohol*, 53 (5):487-494.

Mullahy, J. i Sindelar, J. L. (1994). Do drinkers know when to say when? An empirical analysis of drunk driving. *Economic Inquiry* 32, 383–394.

Murray, J. P., Stam, A. i Lastovicka, J. L. (1996). Paid- versus donated-media strategies for public service announcement campaigns. *Public Opinion Quarterly* 60, 129.

Nagin, D. S. (1998). Criminal deterrence research at the outset of the 21st century. A: Tonry, M., ed. *Crime and Justice: A Review of the Research Vol 25*, 1-42. Chicago: University of Chicago Press.

Nelson, J. (1999). Broadcast Advertising and US Demand for Alcoholic Beverages, *Southern Economic Journal* 65(4) 774-790.

Nelson, J. P. i Young, D. J. (2001). Do advertising bans work? An international comparison, *International Journal of Advertising*, 20, 273-296.

Nelson, J. P. i Moran, J. R. (1995). Advertising and US alcoholic beverage demand: System-wide estimates. *Applied Economics* 27:1225–36.

Nelson, J. P. (2001). Alcohol advertising and advertising bans: a survey of research methods, results, and policy implications. *Advertising and Differentiated Products* 10:239–95.

Nelson, T. F., Naimi, T. S., Brewer, R. D. i Wechsler, H. (2005). The state sets the rate: the relationship among state-specific college binge drinking, state binge drinking rates, and selected state alcohol control policies *Am J Public Health* 2005 Mar;95(3):441-6.

Nelson, J. P. (1999). Broadcast advertising and US demand for alcoholic beverages. *Southern Economic Journal* 65: 771-790.

Nelson, J. P. (2003). Advertising Bans, Monopoly, and Alcohol Demand: Testing for Substitution Effects using State Panel Data *Review of Industrial Organization* 22: 1–25, 2003.

Neuendorf, K. A. (1985). Alcohol advertising and media portrayals. *Journal of the Institute of Socioeconomic Studies* 10:67– 78.

Newman, I. M., Anderson, C. S. i Farrell, K. A. (1992). Role rehearsal and efficacy: two 15-month evaluations of a ninth-grade alcohol education program. *J Drug Educ* 22:55– 67.

Nordlund, S. (1985). Effects of Saturday closing of wine and spirits shops in Norway. Paper presented at the 31st International Institute on the Prevention and Treatment of Alcoholism, Rome, Italy, June 2-7. SIFA Mimeograph No. 5/85. Oslo: National Institute of Alcohol Research.

Nordlund, S. (1984). Effekten av lørdagsstengningen ved Vinmonopolets butikker (Effects of Saturday closing of the wine/liquor monopoly outlets). *Alkoholpolitik – Tidsskrift for nordisk alkoholforskning*; 1: 221-229.

Norstöm, T. i Skog, O. J. (2003). Saturday opening of alcohol retail shops in Sweden: an impact analysis. *Journal of Studies on Alcohol*; 64: 393-401.

Norström, T. (1987). Abolition of the Swedish rationing system: effects on consumption distribution and cirrhosis mortality, *British Journal of Addiction* 82, 633-641.

Norström, T. (2000). Outlet density and criminal violence in Norway, 1960-1995, *Journal of Studies on Alcohol* 61:907-911.

Norstrom, T. i Skog, O.-J. (2005). Saturday opening of alcohol retail shops in Sweden: an experiment in two phases. *Addiction* 100 767–776.

Norström, T. (1997). Assessment of the impact of the 0.02% BAC-limit in Sweden. *Studies on Crime and Crime Prevention* 6, 245-258.

Norström, T. i Skog, O.-J. (2001). Alcohol and mortality: methodological and analytical issues in aggregate analyses. *Addiction*, 96, supplement 1, 5-17.

Norström, T., Hemström, Ö., Ramstedt, M., Rossow, I. i Skog, O.-J. (2001). Mortality and Population Drinking. Alcohol in postwar Europe: Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries, Norström, T. Stockholm: National Institute of Public Health, European Commission.

Norström, Thor i Skog, Ole-Jørgen (2002). Saturday opening of alcohol retail shops in Sweden: an impact analysis. Presented at the 28th Annual Alcohol Epidemiology Symposium of the Kettil Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol, Paris, 3-7 June.

Noval, S. i Nilsson, T. (1984). Mellanölets effekt på konsumtionsnivån och tillväxten hos den totala alkoholkonsumtionen (The effects of medium beer on consumption levels and the rise in overall alcohol consumption). A: Nilsson, T. (ed) När mellanölet försvann (When the medium beer was withdrawn). 77-93. Linköping: Samhällsvetenskapliga institutionen, Universitetet i Linköping.

O'Donnell M. (1985). Research on drinking locations of alcohol-impaired drivers: Implications for prevention policies. *Journal of Public Health Policy* 6, 510-525.

Ogborne, A. i Smart, R. (1980). Will Restrictions on Alcohol Advertising Reduce Alcohol Consumption?, *British Journal of Addiction*, 75, 293-296.

Ohsfeldt, R. L. i Morrissey, M. A. (1997). Beer taxes, workers' compensation and industrial injury. *The Review of Economics and Statistics* 79(1):155–160.

Olds, D. L., Eckenrode, J. J. i Henderson, C. R. (1997). Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *Journal of American Medical Association* 278:637–643.

Olds, D. L., Henderson, C. R. i Cole, R. E. (1998). Longterm effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior. Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *Journal of American Medical Association* 280:1238–1244.

Olds, D. L., Henderson, C. R., Kitzman, H. J., Eckenrode, J. J., Cole, R. E. i Tatelbaum, R. C. (1999). Prenatal and infancy home visitation by nurses: recent findings. *The Future of Children* 9(1):44–65.

Olsson, O. i Wikström, P. H. (1982). Effects of the experimental Saturday closing of liquor retail stores in Sweden. *Contemporary Drug Problems* 11, 325-353.

Olsson, O. (1991). Prisets och inkomstens betydelse för alkoholbruk, missbruk och skador [The effect of prices and income on alcohol consumption and related problems]. The Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs (CAN), Stockholm.

O'Malley, P. M. i Wagenaar, A. C. (1991). Effects of minimum drinking age laws on alcohol use, related behaviors and traffic crash involvement among American youth: 1976-1987. *Journal of Studies on Alcohol* 52:478-491.

Organització Mundial de la Salut (2001). Macroeconomics and health: Investing in health for economic development. Final Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Geneva: World Health Organization.

Organització Mundial de la Salut (2002). Reducing Risks, Promoting Health Life. World Health Report 2002. Geneva, World Health Organization.

Ornstein, S. i Hanssens, D. (1985). Alcohol Control Laws and the Consumption of Distilled Spirits and Beer, *Journal of Consumer Research*, 12, 200-213.

Ornstein, S. I. (1980). Control of alcohol consumption through price increases. *Journal of Studies on Alcohol*, 41, 807–818. Ornstein, S. I. i Levy, D. (1983). Price and income elasticities and the demand for alcoholic beverages. A: Galanter, M., ed. *Recent Developments in Alcoholism*, pp. 303–345, 339. New York: Plenum.

Ornstein, S. I. (1980). Control of alcohol consumption through price increases. *Journal of Studies on Alcohol*, 41, 807-818.

Ornstein, S. I. i Levy, D. (1983). Price and income elasticities and the demand for alcoholic beverages. A: *Recent developments in alcoholism*, Vol. 1, (Galanter, M., Ed.), pp. 303-345. Plenum, New York.

Österberg, E. i Haavisto, K. (1997). Alkoholsmugglingen till Finland under 1990-talet (Smuggling of alcoholic beverages into Finland in the 1990s) *Nordisk Alkohol- and Narkotikatidskrift* 14:290-303.

Österberg, E. (1979). Recorded consumption of alcohol in Finland, 1950-1975. Helsinki: Social Research Institute of Alcohol Studies, report No 125.

Österberg, E. (1995). Do alcohol prices affect consumption and related problems? A: Holder, H. i Griffith, E., eds. *Alcohol and Public Policy*, pp. 145–163. Oxford: Oxford University Press.

Österberg, E. (2001). Effects of price and taxation. A: Heather, N., Peters, T. J. i Stockwell, T., eds. *International Handbook of Alcohol Dependence and Problems: Part VI: Prevention of Alcohol Problems*, pp. 685–698. Chichester: John Wiley and Sons, Ltd.

Parker, D. A. i Farmer, G. C. (1990). Employed adults at risk for diminished self-control over alcohol use: The alienated, the burned out, and the unchallenged. A: Roman, P. M., ed., *Alcohol Problem Intervention in the Workplace: Employee Assistance Programs and Strategic Alternatives*. New York, NY: Quorum Books, pp 27–43.

Paulson, R. E. (1973). *Women's Suffrage and Prohibition: A comparative study of equality and social control*. Glenview, IL: Scott, Foresman and Company.

Peek-Asa, C. (1999). The effect of random alcohol screening in reducing motor vehicle crash injuries. *American Journal of Preventive Medicine*; 16 (1S): 57-67.

Pentz, M. A., Dwyer, J. H., MacKinnon, D. P., Flay, B. R., Hansen, W. B., Wang, E. Y.-I. i Johnson C. A. (1989). A multi-community trial for primary prevention of drug abuse. Effects on drug use prevalence. *Journal of the American Medical Association* 261, 3259-3266.

Perkins, H. W. (2002). Social Norms and the prevention of alcohol Misuse in collegiate contexts. *Journal of Studies on Alcohol*, supplement 14: 164-172.

Perritt, H. H. (1997). Regulatory Models for Protecting Privacy in the Internet, in *Privacy And Self-Regulation In The Information Age* (NTIA 1997), available at <http://www.ntia.doc.gov/reports/privacy/privacy_rpt.htm>.

Perry, C. L., Williams, C. L., Forster, J. L., Wolfson, M., Wagenaar, A. C., Finnegan, J. R., McGovern, P. G., Veblen-Mortenson, S., Komro, K. A. i Anstine, P.S. (1993). Background, conceptualization and design of a community-wide research program on adolescent alcohol use: Project Northland. *Health Education Research: Theory and Practice* 8, 125-136.

Perry, C. L., Williams, C. L., Komro, K. A., Veblen-Mortenson, S., Forster, J. L., Bernsten-Lachter, R., Pratt, L. K., Munson, K. A. i Farbaksh, K. (1998). Project Northland--phase II: Community action to reduce adolescent alcohol use. Paper presented at the Kettil Bruun Society Thematic Meeting, February, Russell, Bay of Islands, New Zealand.

Perry, C. L., Williams, C. L., Veblen-Mortenson, S., Toomey, T. L., Komro, K. A., Anstine, P. S., McGovern, P. G., Finnegan, J. R., Forster, J. L., Wagenaar, A. C. i Wolfson M. (1996). Project Northland: Outcomes of a community-wide alcohol use prevention program during early adolescence. *American Journal of Public Health* 86, 956-965.

Pissochet, P., Biache, P. i Paille F. (1999). Alcool, publicite et prevention: le regard des jeunes [Alcohol, advertising and prevention: young people's point of view] *Alcoologie* 21, 15-24.

Poikolainen, K. (1980). Increase in alcohol-related hospitalizations in Finland 1969-1975. *British Journal of Addiction* 75, 281-291.

Poikolainen, K. (1999). Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations: a meta-analysis, *Preventive Medicine*, 28, 503-509.

Ponicki, W. R., Holder, H. D., Gruenewald, P. J. i Romelsjo, A. (1997). Altering the price spectrum in Sweden for alcoholic beverages according to ethanol content, *Addiction*, 92, 859-870.

Preusser, D. F. i Williams, A. F. (1992). Sales of alcohol to underage purchasers in three New York counties and Washington, D.C. *Journal of Public Health Policy* 13:306-317.

Proctor, D. W., Babor, Y. F. i Xuan, Z. (2005). Effects of cautionary messages and vulnerability factors on viewers' perceptions of alcohol advertisements. *J Stud Alcohol* 66 648-657.

Putnam, S. L., Rockett, I. R. H. i Campbell, M. K. (1993). Methodological issues in community-based alcohol related injury prevention projects: Attribution of project effects. A: Greenfield, T. K. i Zimmermann, R. (Eds.). *Experiences with community action projects: New research in the prevention of alcohol and other drug problems*. Rockville, MD: Centre for Substance Abuse Prevention.

Ragnarsdottir, T., Kjartansdottir, A. i Davidsdottir, S. (2002). Effect of extended alcohol serving hours in Reykjavik, Iceland. A: Room, R., ed. *The Effects of Nordic Alcohol Policies*, pp. 145-154. NAD Publication 42. Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research.

Ramstedt, M. (2002). The repeal of medium strength beer in grocery stores in Sweden: the impact on alcohol-related hospitalizations in different age groups. A: Room, R. (ed.) *The Effects of Nordic Alcohol Policies: Analyses of Changes in Control Systems* Publication No. 42. Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research.

Rehm, J., Guttjahr, E. i Gmel, G. (2001). Alcohol and all-cause mortality: a pooled analysis. *Contemporary Drug Problems*; 28: 337-361.

Rehm, J., Rehn, N., Room, R., Monteiro, M., Gmel, G., Jernigan, D. i Frick, U. (2003a). The global distribution of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking. *European Addiction Research*; 9: 147-156.

Rehm, J., Room, R., Monteiro, M., Gmel, G., Graham, K., Rehn, N., Sempos, C. T. i Jernigan, D. (2003b). Alcohol as a risk factor for global burden of disease. *European Addiction Research*; 9: 157-164.

Rehm, J., Room, R., Monteiro, M., Gmel, G., Graham, K., Rehn, T., Sempos, C. T., Frick, U. i Jernigan, D. (2004). Alcohol. A: OMS (ed), *Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease due to selected major risk factors*. Geneva: WHO.

Reynolds, K. D., Coombs, D. W., Lowe, J. B., Peterson, P. L. *et al.* (1995). Evaluation of a self-help program to reduce alcohol consumption among pregnant women. *Int J Addict* 30(4):427-443.

Richmond, R., Heather, N., Wodak, A., Kehoe, L. i Webster, I. (1995). Controlled evaluation of a general practice-based brief intervention for excessive drinking, *Addiction*, 90, 119-32.

Roberts, D. F., Henriksen, L. i Christensen, P. G. (1999). Substance use in popular movies and music. Washington, DC: Office of National Drug Control Policy.

Roberts, C., Blakey, V. i Tudor-Smith, C. (1999). Impact of "alcopops" on regular drinking by young people in Wales. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 6(1), 7-15.

Robinson, T. N., Chen, H. L. i Killen, J. D. (1998). Television and music video exposure and risk of adolescent alcohol use. *Pediatrics* 102:e54-9.

Romanus, G. (2000). Alcopops in Sweden: A supply side initiative. *Addiction*, 95(Supplement 4), S609-S619.

Romelsjo, A. (1987). Decline in alcohol-related inpatient care and mortality in Stockholm County, *British Journal of Addiction*, 82, 653-663.

Rospenda, K. M., Richman, J. A., Wislar, J. S. i Flaherty, J. A. (2000). Chronicity of sexual harassment and generalized work-place abuse: Effect on drinking outcomes. *Addiction* 95(12):1805-1820.

Ross, H. L. (1984). *Deterring the Drinking Driver: Legal Policy and Social Control*, 2nd edn. Lexington, MA: Lexington Books.

Ross, H. L. (1992). *Confronting Drunk Driving: Social Policy for Saving Lives*. New Haven, CT: Yale University Press.

Rossow, I. (1996). Alcohol related violence: The impact of drinking pattern and drinking context. *Addiction* 91, 1651-1661.

Ruhm, C. J. (1996). Alcohol policies and highway vehicle fatalities. *Journal of Health Economics* 15, 435-454.

Russ, N. W. i Geller, E. S. (1987). Training bar personnel to prevent drunken driving: A field evaluation. *American Journal of Public Health* 77, 952-954.

Rydon, P., Stockwell, T., Lang, E. i Beel, A. (1996). Pseudo-drunk-patron evaluation of bar-staff compliance with Western Australian liquor law. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 20, 31-34.

Saffer, H. (1991). Alcohol advertising bans and alcohol abuse: An international perspective. *J Health Econ* 10(1):65-79.

Saffer, H. (1993). Alcohol advertising bans and alcohol abuse: Reply. *J Health Econ* 12(2):229-234.

Saffer, H. (1995). Alcohol advertising and alcohol consumption: Econometric studies. A: Martin, S.E., i Mail, P., eds. *Effects of the Mass Media on the Use and Abuse of Alcohol*. NIAAA Research Monograph No. 28. NIH Pub. No. 95-3743. Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, pp. 83-99.

Saffer, H. (1996). Studying the effects of alcohol advertising on consumption. *Alcohol Health Res World*. 20(4):266-72.

Saffer, H. (1997). Alcohol advertising and motor vehicle fatalities. *Rev Econ Stat* 79(3):431-442.

Saffer, H. (2001). Substance abuse control and crime: Evidence from the National Survey of Drug Abuse. A: Grossman, M. i Hsieh C. R., eds. *Economic Analysis of Substance Use and Abuse: The Experience of Developed Countries and Lessons for Developing Countries*. Cheltenham, United Kingdom: Edward Elgar pp. 291-307.

Saffer, H. (2002). Alcohol advertising and youth. *Journal of Studies of Alcohol Supply*, 14 173-181.

Saffer, H. i Chaloupka, F. (1989). Breath testing and highway fatality rates. *Applied Economics*, 21, 901-912.

Saffer, H. i Dave, D. (2003). NBER working paper series alcohol advertising and alcohol consumption by adolescents Working Paper 9676 <http://www.nber.org/papers/w9676>.

Saffer, H. i Dave, D. (2004). Alcohol Consumption and Alcohol Advertising Bans. *Applied Economics*, 34, 1325-1334.

Saffer, H. i Grossman, M. (1987a). Beer taxes, the legal drinking age, and youth motor vehicle fatalities. *Journal of Legal Studies*, 16, 351-374.

Saffer, H. i Grossman, M. (1987b). Drinking age laws and highway mortality rates: cause and effect. *Economic Inquiry* 25, 403-417.

Saltz, R. F. (1987). The roles of bars and restaurants in preventing alcohol-impaired driving: An evaluation of server intervention. *Evaluation and the Health Professions* 10, 5-27.

Saltz, R. F. i Stanghetta P. (1997). A community-wide Responsible Beverage Service program in three communities: early findings. *Addiction*, 92, S237-S249.

Sarkar, S., Andreas, M. i de Faria, F. (2005). Who uses safe ride programs: an examination of the dynamics of individuals who use a safe ride program instead of driving home while drunk. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2005;31(2):305-25.

Saunders, B. i Yap, E. (1991). Do our guardians need guarding? An examination of the Australian system of self-regulation of alcohol advertising. *Drug Alcohol Rev.* 10:15-7.

Schechter, E. (1986). Alcohol rationing and control systems in Greenland. *Contemporary Drug Problems* 13, 587-620.

Schinke, S. P., Tepavac, L. i Cole, K. C. (2000). Preventing substance use among Native American youth: three-year results. *Addictive Behaviours*, 25, 387-397.

School Health, Education Unit. (2003). UK young people and alcohol – attitudes to drinking 1983-2001. UK Trends: Young People's Health Related Behavior. 1:2-8.

Schweinhart, L. J., Barnes, H. V. i Wiekart, D. P. (1993). Significant Benefits: The High/Scope Perry Pre-School Study Through Age 27. Monograph of the High Scope Educational Research Foundation No. 10. Ypsilanti, MI: High Scope Press.

Scribner, R. A., MacKinnon, D. P. i Dwyer, J. H. (1994). Alcohol Outlet Density and Motor Vehicle Crashes in Los Angeles County Cities. *Journal of Studies on Alcohol*. 55 (4), 447-53.

Seeman, M. i Anderson, C. S. (1983). Alienation and alcohol: The role of work, mastery, and community in drinking behavior. *American Sociological Review* 48(1):60-77.

Seeman, M., Seeman, A. Z. i Budros, A. (1988). Powerlessness, work, and community: A longitudinal study of alienation and alcohol use. *Journal of Health and Social Behavior* 29(3):185-198.

Selvanathan, E. (1989). Advertising and Alcohol Demand in the UK: Further Results, *International Journal of Advertising*, 8, 181-188.

Serketich, W. J. i Dumas, J. E. (1996). The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: a metaanalysis. *Behavior Therapy* 27:171-186.

Sheehan, M., Schonfeld, C., Ballard, R., Schofield, F., Najman, J. i Siskind, V. (1996). A three-year outcome evaluation of a theory based drink driving education program. *J Drug Educ* 26:295-312.

Sherman, L. W. (1992). *Attacking crime: Police and crime control*. A: Modern policing, eds. Tonry, M. i Morris, N., Chicago: University of Chicago Press.

Shope, J. T., Copeland, L. A., Maharg, R., Dielman i T. E. (1996a). Effectiveness of a high school alcohol misuse prevention program. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 20, 791-798.

Shope, J. T., Copeland, L. A., Marcoux, B. C. i Kamp M. E. (1996b). Effectiveness of a school-based substance abuse prevention program. *Journal of Drug Education* 26, 323-337.

Shope, J. T., Dielman, T. E., Butchart, A. T., Campanelli, P. C. i Kloska D. D. (1992). An elementary school-based alcohol misuse program: a follow-up evaluation. *Journal of Studies on Alcohol* 53, 106-121.

Shope, J. T., Elliott, M. R., Raghunathan, T. E. i Waller, P. F. (2001). Long-term follow-up of a high school alcohol misuse prevention program's effect on students' subsequent driving. *Alcohol Clin Exp Res* 25:403–10.

Shults, R. A., Elder, R. W., Sleet, D. A., Nicholas, J. L., Alao, M. O., Carande-Kulis, V. G., Zaza, S., Sosin, D. M., Thompson, R. S. i Task Force on Community Preventive Services (2001). Reviews of evidence regarding interventions to reduce alcohol-impaired driving. *American Journal of Preventive Medicine* 21, 66-88.

Single, E. i McKenzie D. (1992). The epidemiology of impaired driving stemming from licensed establishments. Presented at 18th Annual Alcohol Epidemiology Symposium, Toronto, June 1-5.

Slater, M., Rouner, D., Domenech-Rodriguez, M. *et al.* Adolescent responses to TV beer ads and sports content/context: gender and ethnic differences. *Journalism and Mass Communication Quarterly* 1997;74:108– 22.

Slater, M., Rouner, D., Murphy, K. *et al.* (1996). Adolescent male reactions to TV beer ads: the effects of sports content and programming context. *J Stud Alcohol* 57:425–33.

Slater, M. D., Rouner, D., Murphy, K., Beauvais, F., VanLeuven, J. i Domenech-Rodriguez, M. M. (1996). Adolescents counterarguing of TV beer advertisements: Evidence for effectiveness of alcohol education and critical viewing discussions. *Journal of Drug Education* 26, 143-158.

Sloan, F. A., Reilly, B. A. i Schenzler, C. M. (1994a). Tort liability versus other approaches for deterring careless driving. *International Review of Law and Economics* 14, 53-71.

Sloan, F. A., Reilly, B. A. i Schenzler, C. (1994b). Effects of prices, civil and criminal sanctions and law enforcement on alcohol-related mortality. *Journal of Studies on Alcohol* 55, 454-465.

Sloan, F. A., Stout, E. M., Whetten-Goldsteing, K. i Liang, L. (2000). *Drinkers, Drivers and Bartenders: Balancing Private Choices and Public Accountability*. Chicago, Illinois: The University of Chicago Press.

Sloan, F. A., Reilly, B. A. i Schenzler, C. (1995). Effects of tort liability and insurance on heavy drinking and drinking and driving. *J Law Econ* 38(1): 49–77.

Smart, R. i Cutler, R. (1976). The Alcohol Advertising Ban in British Columbia: Problems and Effects on Beverage Consumption, *British Journal of Addiction*, 71, 13-21.

Smart, R. G. i Mann, R. E. (1990). Are increased levels of treatment and Alcoholics Anonymous membership large enough to create the recent reauditions in liver cirrhosis? *British Journal of Addiction* 85, 1385-1387.

Smart, R. G. i Mann, R. E. (1993). Recent liver cirrhosis declines: estimates of the impact of alcohol abuse treatment and Alcoholics Anonymous. *Addiction* 88 193-198.

Smart, R. G. i Mann, R. E. (2000). The impact of programs for high-risk drinkers on population levels of alcohol problems. *Addiction* 95, 37-52.

Smart, R. G., Mann, R. E. i Anglin, L. (1989). Decrease in alcohol problems and increased Alcoholics Anonymous membership. *British Journal of Addiction* 54, 507-513.

Smart, R. G. (1988). Does alcohol advertising affect overall consumption? A review of empirical Studies. *Journal of Studies on Alcohol* 49: 314-323.

Snow, R. W. i Landrum, J. W. (1986). Drinking locations and frequency of drunkenness among Mississippi DUI offenders. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 12, 389-402.

Snyder, L. B., Hamilton, M., Fleming-Milici, F. *et al.* (2002). The effect of alcohol advertising on youth 15–26 years old. *Alcohol Clin Exp Res* 26(6):900– 6.

Spickard, W. A. i Tucker, P. J. (1984). An approach to alcoholism in a university medical center complex. *Journal of the American Medical Association* 252:1894–1897.

Spirito, A., Monti, P. M., Barnett, N. P., Colby, S. M., Sindelar, H., Rohsenow, D. J., Lewander, W. i Myers, M. (2004). A randomised clinical trial of a brief motivational intervention for alcohol-positive adolescents treated in an emergency department. *The Journal of Pediatrics*, **145**,396-402.

Spoth, R. *et al.* (2001). Randomized trial of brief family interventions for general populations: adolescent substance use outcomes 4 years following baseline. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 69:627-42.

Spoth, R. L., Redmond, C., Trudeau, L. i Shin, C. (2001a). Longitudinal substance initiation outcomes for a universal preventive intervention combining family and school programs. *Psychology of Addictive Behaviours*, 16, 129–134.

Spoth, R. L., Redmond, C. i Shin, C. (2001b). Randomized trial of brief family interventions for general populations adolescent substance use outcomes 4 years following baseline. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1–15.

Spoth, R., Redmond, C. *et al.* (2004). Brief family intervention effects on adolescent substance initiation: school-level growth curve analyses 6 years following baseline. *J Consult. Clin. Psychol.*, 72(3): 535-42.

Stacy, A. W., Zogg, J. B., Unger, J. B. i Dent, C. W. (2004). Exposure to televised alcohol ads and subsequent adolescent alcohol use. *Am J Health Behav*.28:498–509.

Stevenson, R. J., Lind, B. i Weatherburn, D. (1999). Relationship between alcohol sales and assault in New South Wales, Australia. *Addiction* 94:397-410.

Stewart K. (1997). Environmentally oriented alcohol prevention policies for young adults. A: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Prevention, Secretary's Youth Substance Abuse Prevention Initiative: Resource papers. Pre-publication documents, pp. 107–157. Rockville, MD: Author.

Stickwell, T. i Single, E. (1997). Standard unit labelling of alcohol containers. A: Plant, M., Single, E. i Stickwell, T. (Eds). Alcohol: Minimizing the harm. What works. London: Free Association Books.

Stockwell, T. (2001). Editor's introduction to prevention of alcohol problems. A: Heather, N., Peters, T. J. i Stockwell, T. (eds.) Handbook of Alcohol Dependence and Alcohol-Related Problems, pp. 680-683. Chichester, UK: John Wiley and Sons.

Stockwell, T., Somerford, P. i Lang, E. (1992). The relationship between license type and alcohol-related problems attributed to licensed premises in Perth, Western Australia. Journal of Studies on Alcohol 53, 495-498.

Stockwell, T. i Gruenewald, P. (2001). Controls on the availability of alcohol. A: Heather, N., Peters, T. J. i Stockwell, T., eds. International handbook of alcohol dependence and problems. Chichester: John Wiley and Sons, Ltd.

Stockwell, T. (1997). Regulation of the licensed drinking environment: A major opportunity for crime prevention. A: Policing for prevention: Reducing crime, public intoxication and injury, ed. Homel, R. Monsey NY: Criminal Justice Press.

Stockwell, T. (2001). Responsible alcohol service: Lessons from evaluations of server training and policing initiatives. Drug and Alcohol Review, 20, 257-265.

Stockwell, T., Chikritzhs, T., Hendrie, D., Fordham, R., Ying, F., Phillips, M. *et al.* (2001). The public health and safety benefits of the NT's Living With Alcohol program. Drug and Alcohol Review, 20, 167–180.

Stockwell, T., Lang, E. i Rydon, P. (1993). High risk drinking settings: the association of serving and promotional practices with harmful drinking. Addiction, 88, 1519– 1526.

Stouthard, M. E., Essink-Bot, M. L., Bonsel, G. L., en nom del Dutch Disability Weights Group. (2000). Disability Weights for diseases: a modified protocol and results for a Western European region. European Journal of Public Health; 10: 24-30.

Strategy Unit (2003). Strategy Unit Alcohol Harm Reduction project. Interim Analytical Report. UK Government: Strategy Unit.

Strickland, D. E., Finn, T. A. i Lambert, M. D. (1982). A content analysis of beverage alcohol advertising: I. Magazine advertising. J Stud Alcohol 43:655–82.

Strickland, D. E. (1982). Alcohol advertising: content and controversy. J Advertising. 1:223–36.

Strickland, D. E. (1983). Advertising exposure, alcohol consumption and misuse of alcohol. A: Grant, M., Plant, M. i Williams, A., eds. Economics and Alcohol: Consumption and Control. New York, NY: Gardner Press, pp. 201–222.

Strickland, D. E. (1982). Alcohol advertising: Orientations and influence. J Advertising 1:307–319.

Strunge, H. (1998). Danish experiences of national campaigns on alcohol 1990-1996. Drugs: Education Prevention and Policy 5 73-79.

Sumnall, H. R., Tyler, E., Wagstaff, G. F. i Cole, J. C. (2004). A behavioural economic analysis of alcohol, amphetamine, cocaine and ecstasy purchases by polysubstance misusers Drug Alcohol Depend 76(1):93-9.

Swire, P. P. (1997). Markets, Self-Regulation, and Government Enforcement. A: Privacy And Self-Regulation In The Information Age (NTIA 1997). Available at <http://www.ntia.doc.gov/reports/privacy/privacy_rpt.htm>.

Tan Torres, T., Baltussen, R. M., Adam, T. *et al.* (2003). Making choices in health: WHO guide to cost-effectiveness analysis. Geneva: World Health Organization.

Tapert, S. F., Cheung, E. H., Brown, G. G., Frank, L. R., Paulus, M. P., Schweinsburg, A. D., Meloy, M. J. i Brown, S. A. (2003). Neural response to alcohol stimuli in adolescents with alcohol use disorder. Arch Gen Psychiatry Jul;60(7):727-35.

Tay, R. (2005a). Drink driving enforcement and publicity campaigns: are the policy recommendations sensitive to model specification? Accid Anal Prev 2005 Mar;37(2):259-66.

Tay, R. (2005b). The effectiveness of enforcement and publicity campaigns on serious crashes involving young male drivers: Are drink driving and speeding similar? Accid Anal Prev 2005 Sep;37(5):922-9.

Thompson, K. M. (2005). Addicted media: substances on screen Child Adolesc Psychiatr Clin N Am Jul;14(3):473-89, ix.

Thompson, K. M. i Yokota, F. (2001). Depiction of alcohol tobacco and other substances in G-rated animated feature films. Pediatrics 107:1369– 73.

Thomsen, S. R., Rekve, D. i Lindsay, G. B. (2004). Using “Bud World Party” attendance to predict adolescent alcohol use and beliefs about drinking. J Drug Educ 34(2):179-95.

Thomsen, S. R. i Rekve, D. (2004). Television and drinking expectancies. Nordic Studies on Alcohol and Drugs 21 17-28.

Tigerstedt, C. (2000). Discipline and public health. A: Sulkunen, P., Sutton, C., Tigerstedt, C. i Warpenius, K. (eds.) Broken Spirits: Power and Ideas in Nordic Alcohol Control, pp. 93-112. NAD Publication No. 39. Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research.

Timmerman, M., Geller, E., Glindemann, K. i Fournier, A. (2003). Do the designated drivers of college students stay sober? J Safety Res 34:127–33.

Tippetts, A. S., Voas, R. B., Fell, J. C. i Nichols, J. L. (2005). A meta-analysis of .08 BAC laws in 19 jurisdictions in the United States. Accid Anal Prev 2005 Jan;37(1):149-61.

Tobler, N. S. (1992). Prevention programs can work: research findings. Journal of Addictive Diseases 11, 1-28.

Tomsen, S. (1997). A top night out: social protest, masculinity and the culture of drinking violence. *British Journal of Criminology* 37, 990-1002.

Toomey, T. L., Wagenaar, A. C., Gehan, J. P., Kilian, G., Murray, D. M. i Perry, C. L. (2001). Project ARM: Alcohol risk management to prevent sales to underage and intoxicated patrons. *Health Education and Behavior* 28, 186-99.

Treno, A. J., Grube, J. W. i Martin, S. E. (2003). Alcohol Availability as a Predictor of Youth Drinking and Driving: A Hierarchical Analysis of Survey and Archival Data. *Alcohol, Clinical Experimental Research*. 27 (5): 835-40.

Trollidal, B. i Ponicki, W. (2005). Alcohol price elasticities in control and license states in the United States, 1982-99. *Addiction*.

Tucker, L. A. (1985). Television's role regarding alcohol use among teenagers. *Adolescence* 20: 593– 8.

Turrisi, R. *et al.* (2001). Examination of the short-term efficiency of a parent intervention to reduce college student drinking tendencies. *Psychology of Addictive Behaviours*, 15:366-372.

US Department of Health and Human Services (USDHHS) (1997). Ninth Special Report to the US Congress on Alcohol and Health from the Secretary of Health and Human Services, no. 97– 4017. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institute of Health (NIH), National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA).

Valli, R. (1998). Forändringar i ungdomarnas alkoholvanor när mellanolet slappes fritt: Fallet Jakobstad (Changes in young people's alcohol consumption with improved availability of medium strength beer: The case of Pietarsaari) *Nordisk Alkohol- and Narkotikatidskrift* 15:168-175.

Van Den Bluck, J. i Beullens, K. (2005). television and music video exposure and adolescent alcohol use while going out. *Alcohol and Alcoholism* 2005 40(3):249-253.

Villaveces, A., Cummings, P., Koepsell, T. D., Rivara, F. P., Lumley, T. i Moffat, J. (2003). Association of alcohol-related laws with deaths due to motor vehicle and motorcycle crashes in the United States, 1980-1997. *Am J Epidemiol* Jan 15;157(2):131-40.

Voas, R. B., Tippetts, A. S. i Fell, J. C. (2003). Assessing the effectiveness of minimum legal drinking age and zero tolerance laws in the United States. *Accid Anal Prev* 2003 Jul;35(4):579-87.

Voas, R. B. i Tippetts, A. S. (1999). Relationship of alcohol safety laws to drinking drivers in fatal crashes. Washington, DC: National Highway Traffic Safety Administration.

Voas, R. B. (1986). Evaluation of jail as a penalty for drunken driving. *Alcohol, Drugs and Driving: Abstracts and Reviews*, 2(2),47-70.

Voas, R. B. (1997). Drinking and driving prevention in the community: program planning and implementation. *Addiction* 92 (Supplement 2): S201–S219.

Voas, R. B. i Hause, J. M. (1987). Deterring the drinking driver: the Stockton experience. *Accident Analysis and Prevention*, 19(2),81-90.

Voas, R. B. i Tippetts, A. S. (1990). Evaluation of treatment and monitoring programs for drunken drivers. *Journal of Traffic Medicine*, 18, 15-26.

Voas, R. B., Marques, P. R., Tippetts, A. S. i Beirness, D. J. (1999). The Alberta Interlock Program: the evaluation of a province-wide program. *Addiction*, 94,1857-1867.

Wagenaar, A. C. i Holder H. D. (1991). Effects of alcoholic beverage server liability on traffic crash injuries. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 15, 942-947.

Wagenaar, A. C. i Toomey, T. L. (2000). Alcohol policy: gaps between legislative action and current research. *Contemporary Drug Problems* 27, 681-733.

Wagenaar, A. C., Toomey, T. L. i Erickson, D. J. (2005). Preventing youth access to alcohol: outcomes from a multi-community time-series trial *Addiction*, 100 , 335–345.

Wagenaar, A. C. i Holder, H. D. (1996). The scientific process works: seven replications now show significant wine sales increases after privatization, *Journal of Studies on Alcohol*, 57, 575–576.

Wagenaar, A. C. i Holder, H. D. (1995). Changes in alcohol consumption resulting from the elimination of retail wine monopolies: Results from five U.S. states. *Journal of Studies on Alcohol* 56:566-572.

Wagenaar, A. C. i Maybee, R. G. (1986). Legal minimum drinking age in Texas: Effects of an increase from 18 to 19. *Journal of Safety Research* 17:165-178.

Wagenaar, A. C., Murray, D. M. i Toomey, T. L. (2000). Communities Mobilizing for Change on Alcohol (CMCA): effects of a randomized trial on arrests and traffic crashes. *Addiction* 95 (2): 209–217.

Wagenaar, A. C., Murray, D. M., Wolfson, M., Forster, J. L. i Finnengan, J. R. (1994). Community Mobilizing for Change on Alcohol: design of a randomized community trial. *Journal of Community Psychology* (CSAP Special Issue): 79–101.

Wagenaar, A. C. i Wolfson, M. (1994). Enforcement of the legal minimum drinking age in the United States. *Journal of Public Health Policy* 15:37-53.

Wagenaar, A. C. i Wolfson, M. (1995). Deterring sales and provision of alcohol to minors: A study of enforcement in 295 counties in four states. *Public Health Reports* 110:419-427.

Wagenaar, A. C. (1981). Effects of the raised legal drinking age on motor vehicle accidents in Michigan. *HSRI Research Review* 11(4):1-8.

Wagenaar, A. C. (1986). Preventing highway crashes by raising the legal minimum age for drinking: The Michigan experience 6 years later. *Journal of Safety Research* 17:101-109.

Wagenaar, A. C. i Holder, H. D. (1991). Change from Public to Private Sale of Wine: Results from Natural Experiments in Iowa and West Virginia. *Journal of Studies on Alcohol*, 52 (2):162-173.

Walters, E. D., Treno, A. J. i Grube, J. W. (2001). Alcohol advertising and youth: A focus-group analysis of what young people find appealing in alcohol advertising. *Contemporary Drug Problems* 28: 695-718.

Wallack, L., Grube, J. W., Madden, P. A. i Breed, W. (1990). Portrayals of alcohol on prime-Time television. *Journal of Studies on Alcohol* 51: 428-437.

Wallack, L., Dorfman, L., Jernigan, D. i Themba, M. (1993). Media advocacy and public health – power for prevention. Newbury Park, CA: Sage.

Wallin, E., Norstrom, T. i Andreasson, S. (2003). Alcohol prevention targeting licensed premises: a study of effects on violence *J Stud Alcohol* 2003 Mar;64(2):270-7.

Wallin, E. i Andréasson, S. (2005). Effects of a community action program on problems related to alcohol consumption at licensed premises. A: Stockwell, T., Gruenewald, P., Toumbourou, J. i Loxley, W., eds. Preventing harmful substance use: The evidence base for policy and practice. Chichester: Wiley.

Wallin, E., Norstrom, T. i Andreasson, S. (2003). Alcohol Prevention Targeting Licensed Premises: A Study of Effects on Violence. *Journal of Studies on Alcohol*, 64, 271-277.

Wallin, E., Norström, T. i Andréasson, S. (2003). Alcohol prevention targeting licensed premises: a study of effects on violence. *Journal of Studies on Alcohol*, 64, 270-277.

Walsh, G. W., Bondy, S. J. i Rehm, J. (1998). Review of Canadian low-risk drinking guidelines and their effectiveness. *Canadian Journal of Public Health* 89, 241-247.

Walsh, D. C., Hingson, R. W., Merrigan, D. M. *et al.* (1992). A randomized trial of alternative treatments for problem-drinking employees: Study design, major findings, and lessons for worksite research. *Journal of Employee Assistance Research* 1:112–147.

Walsh, D. C., Hingson, R. W., Merrigan, D. M. *et al.* (1991). A randomized trial of treatment options for alcohol-abusing workers. *New England Journal of Medicine* 325:775–782.

Warburton, A. L. i Shepherd, J. P. (2000). Effectiveness of toughened glassware in terms of reducing injury in bars: a randomized controlled trial. *Injury Prevention* 6, 36-40.

Webb, J. A., Baer, P. E., Getz, J. G. i McKelvey, R. S. (1996). Do fifth graders' attitudes and intentions toward alcohol predict seventh-grade use? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 35: 1611-1617.

Weitzman, E. R. i Chen, Y. Y. (2005). Risk modifying effect of social capital on measures of heavy alcohol consumption, alcohol abuse, harms, and secondhand effects: national survey findings. *J Epidemiol Community Health* 2005 Apr;59(4):303-9.

Weitzman, E. R., Folkman, A., Folkman, K. L. i Wechsler, H. (2003). Relationship of Alcohol Outlet Density to Heavy and Frequent Drinking and Drinking-related Problems among College Students at Eight Universities. *Health and Place*, 9 (1): 1-6.

Wells, S., Graham, K. i West, P. (1998). "The good, the bad, and the ugly": Responses by security staff to aggressive incidents in public drinking settings. *Journal of Drug Issues* 28, 817-836.

Wells-Parker, E., Bangert-Drowns, R., McMillen, R. i Williams, M. (1995). Final results from a meta- analysis of remedial interventions with DUI offenders. *Addiction*, 90(7),907-926.

Werck, C. E. (2003). One-year follow-up results of the STARS for Families alcohol prevention program. *Health Educ. Res.*, 18: 74-87.

Whitlock, E. P., Polen, M. R., Green, C. A., Orleans, T. i Klein, J. (2004). Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 140, 557-568.

Wilk, A. I., Jensen, N. M. i Havighurst, T. C. (1997). Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers, *Journal of General Internal Medicine*, 12, 274-283.

Wilkins, T. T. (2000). The "Stay Alive From Education" (SAFE) program: description and preliminary pilot testing. *J Alcohol Drug Educ* 45:1–11.

Williams, C. L., Perry, C. L., Dudovitz, B., Veblen-Mortenson, S., Anstine, P. S., Komro, K. A. i Toomey, T. L. (1995). A home-based prevention program for sixth-grade alcohol use: Results from Project Northland. *Journal of Primary Prevention* 16, 125-147.

Williams, A. F., Ferguson, S. A. i Cammisa, M. X. (2000). Self-Reported Drinking and Driving Practices and Attitudes in Four Countries and Perceptions of Enforcement. Arlington, VA: Insurance Institute for Highway Safety.

Willis, C., Lybrand, S. i Bellamy, N. (2004). Alcohol ignition interlock programmes for reducing drink driving recidivism. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 3.

Wilson, R. i Dufour, M., eds. (2000). Epidemiology of Alcohol Problems in Small Geographic Areas. NIAAA Research Monograph No. 36. NIH Pub. No. 00–4357. Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

Wingood, G. M., DiClemente, R. J. i Bernhardt, J. M. *et al.* (2003). A prospective study of exposure to rap music videos and African American female adolescents' health. *Am J Public Health* 98:437– 9.

Wutzke, S., Conigrave, K., Saunders, J. i Hall, W. (2002). The long-term effectiveness of brief interventions for unsafe alcohol consumption: a 10-year follow-up, *Addiction*, 97, 665-675.

Wyllie, A., Holibar, F., Casswell, S., Fuamatu, N., Aiolutepa, K., Moewaka Barnes, H. *et al.* (1997). A qualitative investigation of responses to televised alcohol advertisements. *Contemporary Drug Problems*. 24: 103–32.

Wyllie, A., Zhang, J. F. i Casswell, S. (1998a). Responses to televised alcohol advertisements associated with drinking behaviour of 10-17-year-olds. *Addiction*. 93(3):361–71.

Wyllie, A., Zhang, J. F. i Casswell, S. (1998b). Positive responses to televised beer advertisements associated with drinking and problems reported by 18- to 29-year-olds. *Addiction* 93(5):749–760.

Wyllie, A., Waa, A. i Zhang J. F. (1996). Alcohol and Moderation Advertising Expenditure and Exposure: 1996. Auckland, New Zealand: University of Auckland.

Young, D. (1993). Alcohol Advertising Bans and Alcohol Abuse: Comment, Journal of Health Economics, 12, 213-228.

Zhu, L., Gorman, D. M. i Horel, S. (2004). Alcohol outlet density and violence: a geospatial analysis. Alcohol and Alcoholism 39 369-375.

Zobeck, T. S. i Williams, G. D. (1994). Evaluation Synthesis of the Impacts of DWI Laws and Enforcement Methods: Final Report. Contract No. ADM-281-89-0002. Rockville, MD: Office of Policy Analysis, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA).

Zwerling, C. i Jones, M. P. (1999). Evaluation of the effectiveness of low blood alcohol concentration laws for younger drivers. American Journal of Preventive Medicine 16 (Suppl. 1), 76-80.

8 La política en matèria d'alcohol a Europa

A diferència del que ha passat majoritàriament al segle xx, els països ja no creuen que les seves polítiques nacionals siguin una vacuna internacional. En comptes d'això, les polítiques relacionades amb l'alcohol han de tenir en compte tres aspectes diferents en l'àmbit internacional: (i) les obligacions legals internacionals i europees, (ii) altres polítiques que tracten l'alcohol com una mercaderia econòmica i (iii) les accions internacionals per reduir els problemes relacionats amb l'alcohol.

Les obligacions legals internacionals més prominents que afecten la política en matèria d'alcohol són l'Acord General sobre Aranzels Duaners i Comerç (GATT), que es refereix a les mercaderies, i l'Acord General sobre Comerç de Serveis (AGCS). L'experiència passada ens mostra que l'Organització Mundial del Comerç (OMC) donarà prioritat a la salut sobre el comerç en algunes circumstàncies (per exemple, la prohibició de les importacions d'asbest), tot i que, perquè es mantinguin, les polítiques han de superar una sèrie de proves estrictes. Els desenvolupaments futurs s'haurien de supervisar per assegurar que els negociadors comercials són conscients de les implicacions per a la salut dels acords actuals i futurs.

Malgrat tot, a la pràctica, ha estat la llei de comerç de la Unió Europea (UE) la que ha tingut una repercussió més gran sobre la política en matèria d'alcohol, amb diferència. La majoria de casos relacionats amb l'alcohol es deriven de l'aplicació de la regla del «tractament nacional» dels impostos, la qual cosa significa que els estats tenen prohibit fer una discriminació directa o indirecta a favor dels productes nacionals davant d'aquells que provenen d'altres països de la UE. No hi ha excepcions a aquesta regla per motius sanitaris, la qual cosa implica una certa restricció per part dels països a l'hora de dissenyar la seva política impositiva. En canvi, el Tribunal Europeu de Justícia, cada cop més influent, ha donat un suport ferm a les prohibicions de publicitat a Catalunya i França, acceptant que «de fet, és innegable que la publicitat actua com una incitació al consum».

Les begudes alcohòliques també es tracten com a mercaderies econòmiques en l'agricultura i la política impositiva a Europa. Una antiga aspiració de la UE són els impostos estandaritzats per reduir les distorsions del mercat, on les àmplies diferències en les taxes dels impostos entre països veïns generen una elevada quantitat de compres a l'estranger. Això comporta una pèrdua d'ingressos per al país amb impostos més elevats, que es veu pressionat per reduir-los, com ha passat en alguns països nòrdics.

La producció de begudes alcohòliques en forma de vi rep anualment una ajuda equivalent a 1.500 milions d'euros a través de la Política Agrària Comuna (PAC). Durant un cert temps hi ha hagut un desequilibri en la PAC, amb un consum creixent, una caiguda recent en la demanda i més competència internacional, factors que han provocat un excedent considerable de vins europeus. La importància política i econòmica d'aquests subsidis i especialment els problemes dels productors de vi dificulten els avenços des d'una perspectiva de salut pública.

L'organisme internacional més actiu en el tema de l'alcohol ha estat l'Organització Mundial de la Salut (OMS), l'oficina europea de la qual ha emprès diferents iniciatives per reduir els problemes relacionats amb l'alcohol en els seus 52 estats membres. Entre elles s'inclouen el Marc per a una Política en Matèria d'Alcohol a la Regió Europea, la Carta Europea sobre Alcohol i dues conferències ministerials que van confirmar la necessitat d'una política en matèria d'alcohol (i d'una política de salut pública en general) desenvolupada sense interferències d'interessos comercials o econòmics.

Si bé la UE no pot aprovar lleis amb el simple objectiu de protegir la salut humana (els estats membres no han atorgat aquest poder a les institucions europees) algunes polítiques que fan referència al mercat interior poden incorporar molts interessos sanitaris, com la clàusula sobre la publicitat inclosa a la Directiva Televisió sense Fronteres. Pel que fa a la resta, l'actuació de la UE sobre l'alcohol ha sobreviscut amb «lleis toves» en forma de resolucions no vinculants i recomanacions que demanaven urgentment que els estats membres actuessin d'una determinada manera, com la recomanació de la Comissió del 2001 sobre la taxa màxima d'alcoholèmia permesa per als conductors de vehicles de motor. Parcialment impulsada pel sobtat creixement dels *alcoholops* des del 1995, la política en matèria d'alcohol ha esdevingut més important políticament en els últims anys, la qual cosa va fer que l'any 2001 el Consell dictés una resolució sobre el problema europeu del consum alcohòlic per part dels joves, especialment per part de nens i adolescents, i la invitació del Consell a la Comissió per crear una estratègia contra els problemes relacionats amb l'alcohol a Europa que s'està redactant des de principis del 2006.

La llei mundial del comerç i l'alcohol

Per què és important la llei de comerç per a la política en matèria d'alcohol?

Igual que amb qualsevol altra mercaderia econòmica, les polítiques que tracten sobre l'alcohol han de complir les obligacions legals entre els països imposades pels estats a partir d'una sèrie de tractats internacionals que s'han anat creant des del final de la Segona Guerra Mundial. Aquests compromisos redueixen les possibilitats dels estats d'aprovar polítiques proteccionistes, però el que això implica per a la política de salut pública s'ha interpretat generalment de dues maneres. Alguns analistes, especialment de l'àmbit sanitari o social, han expressat la seva preocupació sobre com les normes comercials (especialment en l'àmbit global) poden limitar la política sanitària o social en un sistema comercial que dona prioritat als objectius comercials per damunt de la salut. Altres analistes, especialment de l'àmbit comercial, governamental o econòmic, han respost amb seguretat que els governs poden aconseguir els objectius sanitaris sempre que segueixin les normes. La realitat, inevitablement, és més complicada que el que expressen aquests dos punts de vista. Tal com indica un estudi de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) en només una disposició, les normes són tan complexes que els estats «haurien de considerar les afirmacions simplistes sobre [els mateixos estats] amb escepticisme» (Fidler i Drager, 2003: 10).

La manera més fàcil d'entendre l'impacte sanitari dels dos àmbits referents als acords comercials (europeu i global) és treballar des del nivell més alt, amb l'Organització Mundial del Comerç (OMC, vegeu el quadre 8.1). Això inclou nombrosos compromisos creats a partir de diferents tractats, especialment l'Acord General sobre Aranzels Duaners i Comerç (GATT), que es refereix a les mercaderies, i l'Acord General sobre Comerç de Serveis (AGCS), que se centra en els serveis (vegeu el quadre 8.2). L'AGCS, especialment, ha generat molt debat a causa del seu abast potencial, ja que defineix els serveis incorporant la majoria de tipus d'activitat humana. Per exemple, tot i que l'alcohol és una mercaderia tractada en el GATT, la política en matèria d'alcohol podria veure's més afectada pels compromisos de servei que inclouen la producció, la venda a l'engròs, la distribució, la venda al detall i la publicitat.

Quadre 8.1: L'Organització Mundial del Comerç (OMC)

- **Història:** Els principals acords internacionals d'avui dia tenen origen en l'Acord General sobre Aranzels Duaners i Comerç (GATT), que formava part d'una de les institucions de Bretton Woods creada per ajudar l'economia a recuperar-se de la Segona Guerra Mundial. Des de llavors els països han negociat progressivament acords més amplis amb l'objectiu de liberalitzar encara més el comerç mundial i augmentar els estàndards de vida, contrarestant la tendència dels estats de posar barreres comercials per protegir els interessos nacionals.
- **Procés:** En cada ronda comercial, els països membres fan ofertes (per liberalitzar els seus mercats nacionals) i peticions (demanant als altres països que es liberalitzin en determinats sectors) fins que s'arriba a un acord entre tots. Des d'una perspectiva europea, és important remarcar que la Comissió Europea (CE) negocia a favor de tots els estats membres. Siguin quines siguin les ambivalències dins la Unió Europea (UE), la CE té una opinió individual a la taula de negociacions de l'OMC (Alavaikko, 2002).
- **La Ronda d'Uruguai:** El procés de ronda comercial es va formalitzar al final de la vuitena ronda (coneguda com la Ronda d'Uruguai) de negociacions l'any 1995 amb la creació de l'Organització Mundial del Comerç (OMC) per coordinar les rondes de negociació, un procés que també va ampliar considerablement l'abast dels acords en noves àrees com la propietat intel·lectual (l'acord ADPIC) i els serveis (l'Acord General sobre Comerç de Serveis, AGCS).
- **Resolució de litigis:** La Ronda d'Uruguai també tenia nous poders per resoldre litigis comercials entre els països, la qual cosa permetia a l'OMC aprovar sancions de represàlia contra un país infractor. Un cas inicialment passa a una Comissió nomenada pel director general de l'OMC, però a continuació qualsevol part pot fer una apel·lació de qualsevol punt de la llei a l'Òrgan d'Apel·lació de l'OMC. El procés és molt lent, i en cada fase l'OMC només actua si els països no poden arribar a un acord entre ells. Juntament amb els Exàmens de política comercial duts a terme pel Secretariat de l'OMC, que «plantegen preguntes a les polítiques comercials de les nacions membres i creen pressió per a l'homogeneïtzació d'aquestes polítiques» (Alavaikko, 2002: 71), l'OMC té poder substancial per penalitzar els països segons els seus compromisos.

Alguns observadors han argumentat que per a les substàncies legals psicoactives com l'alcohol, els objectius de l'OMC estan en desacord amb la salut pública: «el compromís de la liberalització del comerç de l'OMC és reduir els costos, augmentar les possibilitats i expandir la disponibilitat dels productes de consum als seus 143 països membres. Malgrat tot, a causa de l'extensió variable dels membres també es duen a terme polítiques per restringir l'assortiment, reduir la disponibilitat i augmentar el preu de l'alcohol amb l'objectiu de reduir el consum, especialment entre la gent jove» (Gould i Schacter, 2002). A la pràctica, això es podria interpretar amb el sentit que els monopolis d'alcohol, certes estructures impositives, la prohibició de la publicitat i els controls sobre les importacions seran normativitzades en contra de la llei mundial de comerç. Fins i tot des d'un punt de vista optimista, «el millor resultat que es pot esperar quan una regulació esdevé el tema d'una queixa comercial és que no serà revocada» (Gould, 2005: 360).

La defensa sanitària

Saber fins a quin punt això és veritat depèn gairebé totalment de la interpretació d'una part dels tractats, concretament de l'article XX del GATT i l'article XIV de l'AGCS. Aquests diuen que en cada acord res «s'interpretarà per prevenir l'adopció o compliment per cap de les parts contractuals de les mesures (...) necessàries per protegir(...) la salut humana» sempre que aquestes mesures no siguin «una restricció disfressada sobre el comerç» o una «discriminació injustificada». Depèn de cada país defensar una política sanitària per mostrar que no hi ha cap alternativa «menys restrictiva per al comerç» que tingui el mateix efecte, i que la política s'utilitza de bona fe, tot i que el valor d'un objectiu com la vida humana no es qüestiona (Comitè de Comerç i Medi Ambient de l'OMC, 2002).

Si una mesura és molt important per aconseguir un objectiu com la salut, serà defensada per l'OMC fins i tot si és greument perjudicial per al comerç (OMS i OMC, 2002; Comitè de Comerç i Medi Ambient de l'OMC, 2002). Malgrat tot, si la mesura no és indispensable, l'amenaça d'aquesta «prova de necessitat» és «substancial i difícil», la qual cosa pot voler dir que la seva defensa no és suficient per protegir les polítiques sanitàries a la pràctica (Fidler i Drager, 2003).

Quadre 8.2: Principis del comerç mundial

Principi	Significat
Nació més afavorida Article I del GATT Article II de l'AGCS	El millor tractament per a un inversor estranger s'ha d'estendre a tots els altres, fent que tots els països de l'OMC siguin les «nacions més afavorides» de manera igualitària. Això s'aplica a tots els membres de l'OMC en tots els casos excepte: (i) els acords de lliure comerç regional, (ii) per donar accés preferent als països en fase de desenvolupament, (iii) com a resposta als productes que es creu que s'han comercialitzat de manera injusta, (iv) per a alguns serveis.
Tractament nacional Article III del GATT Article XVII de l'AGCS	El millor tractament per als inversors nacionals s'estén als socis del tractat. Algunes vegades s'anomena la «llei d'or de la llei internacional de comerç» ja que assegura una igualtat substantiva del tractament. Això pot voler dir que fins i tot la igualtat formal no és suficient. En el GATT, el tractament nacional només s'aplica quan un producte ha entrat en un mercat. Això permet un tractament diferencial abans d'entrar en un mercat (per exemple, les barreres tarifàries). Aquesta condició no s'aplica a l'AGCS, la qual cosa fa que el compromís sigui més fort. Com a resultat, existeix un «llistat positiu» en el qual els països poden decidir allistar-se a cada àrea (es llisten les exempcions en les agendes dels països).

Accés al mercat Article XI del GATT Article XVI de l'AGCS	En general, <i>accés al mercat</i> només significa comprometre's a obrir un mercat en un determinat sector. Igual que amb el compromís de tractament nacional, els governs trien si ofereixen accés al mercat en diferents sectors i poden establir limitacions a cada àrea. Per a les mercaderies, <i>accés al mercat</i> normalment es refereix a les quotes d'importació i per tant, a una reducció/abolició del límit numèric. En l'AGCS, però, l'accés al mercat es defineix com l'absència de límits en (i) nombre de proveïdors, (ii) valor de les transaccions, (iii) producció, (iv) ocupació, (v) els tipus d'entitat legal i (vi) la participació de capital estranger. En tots els casos, tant els límits numèrics, on s'inclouen les prohibicions, vistes com «un límit de zero» i «les proves de les necessitats econòmiques», es prohibeixen allà on es creen compromisos.
Monopolis Article VIII del GATT Article XVI de l'AGCS	Els monopolis s'han de tractar amb molt de compte per minimitzar la interrupció comercial que provoquen. Bàsicament això significa que han de comercialitzar d'acord amb les consideracions comercials, no discriminar cap mercaderia que afecti els inversors privats i limitar els marges de benefici en les importacions. També s'hauria de remarcar que els monopolis trencarien de manera evident els compromisos d'Accés al mercat, així que s'han de tractar en les agendes dels països com una excepció (si són rellevants).

Els casos passats poden ser una guia útil per saber fins a quin punt es poden defensar les polítiques a l'OMC. Pocs dels casos han estat directament relacionats amb l'alcohol, i la majoria d'aquests parlen dels sistemes impositius aparentment dissenyats per afavorir la beguda produïda dins d'un país.¹ Existeixen tres casos més en el GATT abans de l'OMC, on els Estats Units i el Canadà intercanviaven queixes al final dels anys vuitanta i el començament dels anys noranta pel que fa al preu mínim, impostos i polítiques de màrqueting, però de nou el comitè del GATT no va haver de decidir entre els interessos sanitaris i comercials en cap dels casos, fins i tot si algunes de les polítiques implicades es podien considerar importants per a la salut pública (documents L/6304, DS17/R i DS23/R; vegeu també Ferris, Room i Giesbrecht 1993; Vingilis, Lote i Seeley, 1998; Room i West, 1998).

Altres àrees de salut pública ofereixen més elements per comprendre si la defensa de la salut serà suficient per defensar polítiques en matèria d'alcohol discriminatòries, com el cas dels cigarrets tailandesos (DS10/R). En aquest cas, es va revocar una prohibició de les importacions de tabac segons l'Accés al mercat, ja que el govern tailandès no va poder demostrar que les lleis eren necessàries per a la salut, malgrat que una intervenció de l'OMS durant la comissió va remarcar que «les empreses multinacionals de tabac havien evitat repetidament les restriccions nacionals sobre la publicitat mitjançant la publicitat indirecta i diferents tècniques» (citades a Howse, 2004). Malgrat tot, el raonament de la comissió va permetre altres polítiques de control del tabac menys restrictives per al comerç per aconseguir els mateixos objectius, on s'inclouen la prohibició de la publicitat, les exigències d'etiquetatge, prohibicions d'additius perjudicials i un monopoli de tabac al detall. Segons aquesta regulació, i en combinació amb el suport nacional, el Parlament tailandès va aprovar dues lleis de control del tabac el 1992 que van invertir el creixement de la prevalença de consum de tabac (Bettcher i Shapiro, 2001; OMS i OMC, 2002:77).

¹ Per exemple, l'impost entre una graduació alcohòlica del 35% (el nivell del pisco xilè) i del 40% (per als licors estrangers) a Xile va pujar considerablement. En els cas xilè i en altres casos semblants coreans i japonesos l'OMC va imposar una norma contra la política impositiva, tot i que cap d'aquests estava defensat en gran part per l'article XX.

Això confirma les implicacions del que s'ha discutit abans: no és suficient defensar una política sanitària només perquè està en marxa; també ha d'interrompre el comerç el mínim possible. Per exemple, les tarifes del canvi de moneda estrangera i els segells fiscals localment supervisats poden complir de manera assegurada les lleis o regulacions contra el contraban de cigarretes d'acord amb l'article XX, però la República Dominicana va perdre un cas ja que no va poder explicar per què altres mesures coherents amb l'AGCS no podien complir el mateix rol (DS302/5, novembre del 2004). Recentment, l'Òrgan d'Apel·lació de l'OMC va dictaminar que la defensa de «les morals públiques» de l'article XX no era suficient per justificar les lleis de joc dels Estats Units, i ho va fer de nou a partir de la base que les lleis no s'aplicaven per igual a les empreses nacionals i estrangeres (DS285, el 2005). Mentre algunes organitzacions no governamentals (ONG) van argumentar que això tindria greus conseqüències per a la política de joc dels Estats Units, el govern americà va considerar-ho una victòria perquè seria més fàcil poder ajustar les seves lleis per complir la regulació.²

La primera mesura política que va ser defensada amb èxit a l'OMC segons l'article XX va tenir lloc el 2001, amb el cas d'asbest a la CE (DS135). La CE va mantenir amb èxit una prohibició francesa d'asbest en contra de les protestes del Canadà. En aquest cas la comissió de l'OMC i els organismes apel·latius pensaven que la mesura estava justificada per protegir la salut humana. A més, l'òrgan d'apel·lació de més alt nivell també va afirmar que els efectes sobre la salut podien determinar si un producte és «com» un altre si aquest afecta la seva relació competitiva en el mercat (Comitè sobre el Comerç i el Medi Ambient de l'OMC, 2002; Slotboom, 2003). En conjunt, aquests casos mostren que l'OMC, en certes condicions, està disposada a donar prioritat a la salut per damunt dels interessos comercials. Malgrat tot, hi ha altres preocupacions pendents relacionades amb l'alcohol i la llei de l'OMC, de les quals es tornarà a parlar en aquest capítol després d'estudiar com afecta la llei de comerç a l'alcohol a Europa.

El comerç d'alcohol en el mercat intern europeu

Tot i que els compromisos vinculants globals de l'OMC són potencialment importants per a la política sanitària, de moment, l'efecte més gran l'ha tingut la llei de comerç de la UE, a la pràctica (vegeu el quadre 8.3 i la figura 8.1).³ El 1986, els estats membres de la CE van signar l'Acta Única Europea com a compromís per establir un mercat intern únic a Europa el 1993. Aquest mercat intern seria un lloc sense «fronteres internes» on les mercaderies,

la gent, els serveis i el capital podrien circular lliurement, i per tant es promouria la competència i el dret a escollir dels consumidors (vegeu també COM (1999) 624). Un aspecte d'aquest mercat és la definició comuna d'una beguda alcohòlica amb finalitats impositives (a 92/83/CE) que inclou una graduació mínima de 0,5% d'alcohol per volum de cervesa, 1,2% per al vi i els productes semielaborats i 22% per als licors (també hi ha nivells amb taxes d'impostos més baixes per a les begudes amb «baix contingut d'alcohol» establert amb un 2,8% per a la cervesa i un 8,5% per al vi i els productes semielaborats).

Quadre 8.3: La Unió Europea (UE)

- **Història:** La UE és el resultat d'una sèrie de tractats entre un nombre creixent d'estats europeus, que data de la creació de la Comunitat Europea del Carbó i l'Acer l'any 1951. El més recent d'aquests acords és el Tractat de Niça, signat l'any 2000, que va iniciar el procés d'annexió a la UE de 10 nous estats membres, majoritàriament de l'est d'Europa.
- **Poders:** En aquests tractats, els estats membres han donat a la Comunitat Europea un estatus legal i poders perquè es pugui crear una legislació vinculant, tot i que només en algunes àrees. Totes les accions han de restringir-se a la seva base legal (algunes vegades això es coneix com *principi d'atribució*) i complir dos principis més per evitar la regulació *ultra vires* (més enllà dels seus poders):

Subsidiarietat: La UE només hauria d'actuar si els seus objectius es poden aconseguir millor (a causa de la magnitud o l'efecte) en l'àmbit europeu més que en un àmbit local o nacional. Una altra manera de veure això és que totes les accions han de tenir lloc en l'àmbit més baix que pot funcionar amb èxit.

Proporcionalitat: Cada acció ha de ser «proporcional» als seus objectius, per exemple, assegurar que els mitjans utilitzats són adequats i que no van més enllà del que és necessari per aconseguir un objectiu.

- **Accions no legislatives:** Si aquests principis no es compleixen, a vegades hi ha la possibilitat per part de la UE d'adoptar posicions no vinculants, conegudes com «lleis toves». Aquestes lleis normalment són recomanacions per als estats membres perquè actuïn d'una certa manera, o expressar opinions que poden preparar el camí per a una legislació posterior.

² Això només es va decidir després d'una apel·lació, ja que la comissió de resolució original de la disputa creia que les converses bilaterals entre els EUA i Antigua eren una alternativa que distorsionava menys el comerç. Això es va desestimar per l'Òrgan d'Apel·lació, ja que «les consultes són per definició un procés els resultats del qual són incerts i per tant no es poden comparar amb les mesures en joc en aquest cas». Vegeu Bridges Trade Digest, 17 de novembre i 13 d'abril de 2005, disponible a www.ictsd.org/weekly/archive.htm i la nota de premsa de Public Citizen a <http://www.citizen.org/pressroom/release.cfm?ID=1915>.

³ Tot i que no són membres de la UE, Islàndia i Noruega (juntament amb Liechtenstein) són membres de l'Espai Econòmic Europeu (EEE). Això els permet participar en el Mercat Intern, però no tenen dret a vot a l'hora de prendre decisions. Aquests tres països i Suïssa també són membres de l'Associació Europea de Lliure Comerç (AELC), que duu a terme negociacions comercials a favor dels seus membres.



Figura 8.1: Les principals institucions de la UE.

Aquest mercat certament encara no és complet, malgrat tot, i els debats segueixen aprofundint-lo i ampliant-lo, com la Directiva de serveis proposada.⁴ Igual que en l'àmbit global, això planteja la pregunta de fins a quin punt les polítiques de salut pública poden mantenir-se si discriminen els interessos comercials d'altres països. Contràriament a l'àmbit global, malgrat tot, no hi ha cap llei que proporcioni una defensa general per a les polítiques sanitàries, per la qual cosa és important observar les normes de comerç europeu en cada compromís.

Política d'impostos i de preus

La majoria dels casos relacionats amb l'alcohol provenen de la norma de «tractament nacional» sobre la política d'impostos (article 90 ex 95)⁵ que no permet cap excepció en matèria sanitària. Això vol dir que els estats no poden fer una discriminació positiva de les mercaderies nacionals i ignorar aquelles que provenen d'altres llocs de la UE. De manera més simple,

⁴ Els serveis es cobreixen de manera semblant en les mercaderies (articles 49, 46) però la Directiva marc de serveis (COM (2004) 2) aniria més enllà per eliminar qualsevol barrera existent per al lliure comerç. Malgrat tot, de moment és difícil superar les diferències importants entre els estats membres sobre aquesta política.

⁵ Aquests articles es refereixen a la versió final del Tractat de la Comunitat Europea, que es pot consultar a <http://ec.europa.eu/abc/treaties/en.htm>.

això ha significat que els impostos francesos i italians que afavorien el conyac respecte al whisky es van considerar il·legals fa un temps (C-168/78; C-169/78 i C-216/81).

Les complicacions sorgeixen quan no queda clar si les begudes són «similars» o si els diferents tipus de begudes competeixen els uns amb els altres. De manera semblant, els tribunals han deixat clar que els vins de fruites o raïm són semblants, mentre que el xampany i els vins de fruites són un cas menys clar.⁶ S'ha dit que el whisky i els vins de fruites són diferents a partir d'una combinació de criteris objectius (per exemple, materials bruts, processos de producció, graduació alcohòlica) i si són «capaços de satisfer les mateixes necessitats des del punt de vista dels consumidors» [C-243/84; «Johnny Walker»].

Potser el cas més famós per veure si els productes estaven competint es pot trobar en un estudi del vi i la cervesa al Regne Unit fet als anys vuitanta. En aquest cas, un tribunal va dictaminar que la «política impositiva d'un estat membre no ha de materialitzar els hàbits existents dels consumidors perquè es mostrin a favor de les empreses nacionals competidores» (la política impositiva també es va qualificar de desproporcionada en qualsevol criteri). De manera semblant, «l'ús cultural» d'una beguda en particular, en aquest cas beure aquavit danès amb els menjars, es va decidir que era irrellevant per la competència potencial d'aquesta beguda amb d'altres [C-171/78 i C-68/79].⁷ Però fins i tot per a les begudes en competència, el cas de Johnny Walker va indicar que no hi ha cap efecte proteccionista «si una part important de la producció nacional de begudes alcohòliques recau en cada una de les categories impositives rellevants».⁸

En conjunt, aquests casos indiquen que els estats membres tenen flexibilitat a l'hora d'establir els impostos relatius de les begudes però no fins al punt que puguin imposar un impost més alt per a les begudes que només es produeixen a altres països. Això vol dir que un país productor de cervesa que grava més el vi que la cervesa haurà de tenir en compte la jurisprudència a l'hora d'establir les taxes d'impostos, mentre és perfectament lliure de gravar més la cervesa que el vi (Elinder *et al.*, 2003). És probable que hi hagi un altre judici sobre criteris vàlids per als impostos amb un cas pendent a Suècia, on la Comissió argumenta que es discriminatori gravar el vi amb un impost més elevat respecte de la cervesa en els casos en què totes dues begudes tenen un contingut d'alcohol idèntic (vegeu IP/04/1280).

S'ha arribat a una conclusió semblant sobre la legalitat dels acords de preu mínim, que es poden considerar il·legals si impossibiliten la competència de preus baixos (tal com va passar amb la ginebra als Països Baixos durant els anys setanta; C-82/77). També hi ha hagut debats (especialment al Regne Unit) sobre si els preus mínims fixats estan en contra de la legislació sobre la competència europea dels càrtels. Les opinions legals indiquen que els acords voluntaris de la indústria poden ser il·legals, però que l'avaluació comparativa

⁶ El cas del xampany es va fer arribar a un tribunal nacional perquè es prengué una decisió; vegeu C-106/84; C-386/93 a C-377/93.

⁷ Això es pot veure clarament quan es va defensar un IVA més alt per al vi a Bèlgica: a causa de l'alt diferencial de preu preimpositiu entre la cervesa i els vins barats, no es podia veure cap efecte pràctic de l'impost, per això les begudes no estaven competint de manera potencial [C-356/85].

⁸ Un cas anterior on França estava involucrada també és rellevant, on es va decidir que la llei europea «no prohibeix la imposició als productes nacionals dels impostos interns en excés de la imposició dels productes importats» [C-86/78].

establerta per la llei dins el mercat està permesa, tot i que s'han demanat més explicacions (Baylis, 2005; Comitè d'Assumptes Interns de la Casa dels Comuns, 2005).

Els monopolis de l'alcohol

Els intents de la UE per reconciliar els monopolis i la no-discriminació d'aquests tenen origen en el Tractat de Roma, fins i tot als anys setanta, quan el Tribunal de Justícia Europeu va dictaminar que els monopolis estaven permesos (per exemple, en el cas 91/78), però els drets d'importació exclusius, no («Manghera», C-59/75). Els monopolis de l'alcohol no eren un tema clau durant les negociacions d'adhesió a l'Espai Econòmic Europeu, tot i que l'acord eventual del 1994 va incloure una nota on els països remarcaven la importància dels seus sistemes de monopoli. Malgrat tot, això era més aviat una declaració d'opinió que un acord legal, i poc després un tribunal europeu va emetre un dictamen en contra dels drets d'importació del monopoli finès, en un cas històric (vegeu el quadre 8.4; Österberg, 1993; Lubkin, 1996; Holder [et al.], 1998; Alavaikko i Österberg, 2000).

Així, una gran part dels monopolis de l'alcohol van desaparèixer a Finlàndia, Noruega i Suècia, i només en van quedar els monopolis de venda al detall per al consum fora dels establiments. Tot i que la Comissió ho considerava acceptable, encara van caldre tres casos més per establir que els monopolis només eren vàlids legalment si complien tots els requisits del Tractat «excepte, no obstant això, les restriccions sobre el comerç inherents a l'existència dels monopolis en qüestió» (vegeu el quadre 8.4).

Segons aquestes normes, la base dels monopolis va ser indiscutible durant uns quants anys, tot i que els aspectes pràctics del monopoli suec a vegades eren qüestionats per la Comissió (vegeu Kühlhorn i Trolldall, 2000) i que el Tribunal de l'AELC va dictaminar una llei contra el monopoli noruec dels *alcopops*.⁹ Malgrat tot, l'any 2004 la Comissió va dictaminar uns procediments contra Suècia, argumentant que prohibir als consumidors utilitzar intermediaris privats per importar alcohol era un obstacle desproporcionat per a la lliure circulació de mercaderies. Suècia manté que això és una part integral i no discriminatòria del monopoli de l'alcohol. Actualment no se sap si el tribunal acceptarà que la restricció no forma part del monopoli segons la Comissió, i que la salut pública es pot protegir amb mesures comercials menys restrictives.

Quadre 8.4: Casos clau de monopolis

Quatre casos de mitjan dècada dels anys noranta mostren les condicions sota les quals podien existir els monopolis:

- **Restamark (E-194).** L'empresa finesa Restamark va intentar importar begudes alcohòliques en contra de la llei finesa. El Tribunal de l'Associació Europea de Lliure Comerç (AELC) va decidir que el monopoli d'importació anava en contra de l'acord de l'EEE, la qual cosa va ajudar a resoldre la importació, l'exportació i els monopolis de venda a l'engròs nòrdics.

⁹ El cas va crear una llei contra la restricció de la venda d'*alcopops* (produïts a l'estranger) fora dels establiments del monopoli quan la cervesa (produïda al país) de la mateixa graduació es podia comprar als supermercats (E-9/00).

- **Wilhelmson (E-6/96).** El botiguer noruec Tore Wilhelmson va apel·lar al Tribunal de l'AELC després d'haver-li estat denegada una llicència per vendre cervesa per part del monopoli estatal. El Tribunal de l'AELC va donar suport al monopoli al detall.
- **Gunderson (E-1/97).** Novament a Noruega, Fritjof Gunderson va demanar al Tribunal de l'AELC que se li permetés vendre vi a la seva botiga ja que podia vendre cervesa. Novament, el Tribunal de l'AELC va defensar la política noruega.
- **Franzén (C-189/95).** En l'únic cas dins la llei de la UE (més que la CEE), Harry Franzén va trencar deliberadament el monopoli suec de venda al detall venent vi a la seva botiga. El TJE va dictaminar que el monopoli no era discriminatori i també va decidir que les restriccions comercials podien mantenir-se si eren «inherents a l'existència del monopoli».

La defensa de la salut i la publicitat

Per a molts compromisos dels tractats de la UE, les restriccions de lliure comerç es poden defensar segons la salut de manera similar als articles de l'OMC que s'han explicat més amunt. Això inclou restriccions quantitatives (article 30, i ha estat àmpliament interpretat, compareu amb C-8/74), el dret d'establiment (article 46) i els serveis (article 55). Igual que abans, però, aquestes restriccions han de ser respostes proporcionades; és a dir, no poden anar més enllà del que és necessari per complir el seu objectiu.

Això és especialment important per a les regulacions de la publicitat, que s'ha vist que redueixen la capacitat de les empreses estrangeres per entrar amb èxit en un mercat en comparació amb les que ja estan establertes, a vegades amb un efecte proteccionista. Tot i acceptar que les restriccions de publicitat poden discriminar negativament el comerç, els tribunals només han revocat una vegada una prohibició de publicitat i va ser per una prohibició clarament discriminatòria de la publicitat de certes begudes (C-152/78, paral·lelament a C-168/78). Fins i tot aquí, però, el tribunal va acceptar que «*de fet és innegable que la publicitat actua com un estímul per al consum*» (un veredicte repetit en cada un dels casos més recents).

Només en una ocasió el tribunal no ha confirmat del tot la legalitat d'una restricció de la publicitat en debatre una prohibició total de la publicitat d'alcohol als mitjans impresos, a Suècia. Igual que abans, però, els punts previs de la llei es van confirmar, però la qüestió de si una prohibició total era proporcionada es va deixar en mans del tribunal nacional suec, que va dictaminar una llei contra la política (el cas de Gourmet Foods, C-405/98).¹⁰

¹⁰ El Tribunal Mercantil Suec va decidir finalment que els beneficis per a la salut pública d'una prohibició en els mitjans impresos no eren proporcionals a les restriccions comercials. Alguns aspectes de la situació no van ajudar en el cas, com per exemple l'existència de «publicitat editorial» que tendeix a afavorir les mercaderies nacionals i la proliferació de la publicitat a Internet. Com a resposta, la nova legislació es va aprovar i va prohibir la publicitat impresa de productes que contenien més d'un 16% de volum d'alcohol. També es va decidir que a partir del gener de 2005 era obligatori que apareguessin les etiquetes d'avertència en tots els anuncis impresos.

En els altres tres casos, però, els tribunals han donat suport sense ambigüitats a les prohibicions de la publicitat. Primer, es va ratificar una prohibició a Catalunya de fer publicitat de les begudes amb més d'un 23% de volum total d'alcohol als llocs públics amb el comentari que «*en principi, el criteri [del 23%] no sembla que sigui poc raonable com a part d'una campanya contra la dependència de l'alcohol*» (C-190 i C-176/90). Segon, en un cas que ha tingut lloc recentment, es va ratificar una prohibició francesa sobre la publicitat d'alcohol en «emissions binacionals» (la Llei Evin, vegeu el quadre 8.5). En el cas més recent, el tribunal de l'AELC va afirmar el raonament previ però no tenia proves suficients per jutjar les restriccions de publicitat a partir dels detalls tècnics (E-4/04).

Tot i que encara hi ha un altre cas pendent,¹¹ l'opinió essencial dels tribunals és clara: les restriccions de publicitat poden infringir els compromisos comercials, però (si són proporcionals) són justificats per l'objectiu de protegir la salut, ja que la publicitat actua com un estimul per al consum.

Quadre 8.5: La Llei Evin

La prohibició de la publicitat de l'alcohol a França en les emissions «binacionals»¹ va tenir el suport del Tribunal Europeu de Justícia l'any 2004. El Tribunal va declarar:

- «Els estats membres han de decidir el grau de protecció de salut pública que desitgen assumir per tal que s'aconsegueixi la protecció».
- La llei «[redueix] les ocasions en les quals els telespectadors poden ser incitats a consumir begudes alcohòliques».
- «Les normes franceses quant a la publicitat a la televisió són adequades per assegurar l'objectiu de protegir la salut pública».
- «Les lleis no van més enllà del que és necessari per aconseguir aquest objectiu».

¹ Les emissions binacionals són aquelles que només s'emeten en dos països.

Font: C-262/02 i C-429/02.

Conclusions sobre la llei de comerç

Com a conclusió, no és correcte afirmar que l'OMC o els tribunals europeus han ignorat completament els interessos de la salut respecte l'alcohol. No obstant això, la manca de representació de la salut pública en les negociacions comercials (Room i West, 1998:85) implica que s'han de controlar nombrosos riscos a Europa, i especialment a l'OMC:

¹¹ En aquesta ocasió, es tracta d'una sol·licitud de Noruega perquè l'AELC es manifesti sobre la proporcionalitat d'una prohibició de la publicitat dins d'una publicació especial de vi; E-4/04.

- **Enemic comercial:** dins de l'OMC, les clàusules més estrictes són signades voluntàriament però llavors es bloquegen de manera efectiva a causa del cost de la negociació dels pagaments compensatoris a altres països (Sinclair i Grieshaber-Otto, 2002). Això té lloc en un context de pressió continuada per part del sector comercial i econòmic per fer més compromisos i també per pressionar altres països perquè en facin (Gould, 2004). Potser és més preocupant el potencial de les comissions de l'OMC per interpretar els acords de manera més àmplia del que inicialment s'esperava. Fins i tot els EUA han fet acords sobre el joc que mai havien intentat fer (vegeu també Wallach, 2005).¹² A més, el procés en curs de negociacions pot conduir a nous acords comercials amb més implicacions per a la política sanitària, com els acords «d'expropiació de la inversió» de l'Associació Nord-Americana de Lliure Comerç (ANLC; Gould, 2005).

Tenint en compte aquestes preocupacions, alguns dels membres de l'OMC (on s'inclouen Bulgària, Polònia, Eslovènia i Suïssa, però no la UE)¹³ ja han intentat eximir les restriccions de l'alcohol dels compromisos de publicitat segons l'AGCS (Gould, 2005). De manera semblant, les parts interessades en la salut, per tant, haurien de treballar amb els representants de comerç nacional i internacional per assegurar que «l'espai de política sanitària» per a les futures generacions es té en compte plenament a l'hora d'establir els compromisos comercials de l'OMC en el present.

- **Regulació nacional:** aquesta clàusula de l'AGCS (article VI) compromet els estats a fer negociacions amb l'objectiu d'assegurar que els estàndards de qualificació, d'autorització i tècnics no són «*menys onerosos del que és necessari per assegurar la qualitat del servei*» (Honeck, 2004). S'està negociant actualment com convertir aquest compromís ampli en una regulació clarament definida (Mamdouh, 2004). Alguns sectors expressen la preocupació que sigui una prova de necessitat per a una política no discriminatòria (Sinclair, 2000) i que faci que l'àmplia majoria de la política nacional depengui potencialment de les decisions de la comissió de l'OMC (Wallach, 2005). El grup de treball de l'OMC sobre aquest tema ha indicat que una prova de necessitat ha de «*[demostrar] amb credibilitat que una prova com aquesta es pot aplicar de manera que no representa una amenaça per a l'autonomia regulatòria legítima*» (Mattoo, 2004) però fins i tot així, alguns experts han advertit que la clàusula ha de ser supervisada en relació amb la política sanitària (Fidler i Drager, 2003; Gould, 2005).
- **La defensa de la salut:** l'article XIV de l'AGCS mai no ha estat provat, i s'ha proposat que hi poden haver reptes de futur per a les normes d'etiquetatge (violant els drets de marca registrada), les normes per a la revelació d'ingredients (violant els secrets comercials), els monopolis locals i les prohibicions de publicitat (que afavoreixen els productors

¹² La comissió va remarcar que «els EUA poden haver assumit de manera inadvertida compromisos específics sobre els serveis de joc i d'aposta. Malgrat tot, no és tasca de la comissió intentar endevinar les intencions amagades dels EUA en el moment en què es va programar el compromís. Més aviat, el nostre rol és interpretar i aplicar l'AGCS segons els fets i l'evidència que es presenten». El veredict de la comissió en aquesta àrea va ser ratificat en una apel·lació. Vegeu *Bridges Trade Digest*, 17 novembre 2004 i 13 d'abril de 2005, disponible a www.ictsd.org/weekly/archive.htm.

¹³ Abans de l'adhesió dels nous estats membres el maig de 2004, Polònia i Eslovènia eren representats per separat de la UE a l'OMC, i per tant han pactat diferents compromisos en determinades àrees.

nacionals) (Callard, Chitanhondh i Weissman, 2001; Grieshaber-Otto i Schacter, 2002, Secretariat de la Comunitat Pacífica, 2005). De manera semblant, hi ha hagut evidència que altres acords comercials, com les Barreres Tècniques per al Comerç (vegeu per exemple l'OMS i l'OMC, 2002) o els Aspectes dels Drets de Propietat Intel·lectual relacionats amb el Comerç (que no defensen primordialment la salut), poden representar reptes per a les restriccions d'ingredients o les advertències sanitàries obligatòries (Secretariat de la Comunitat Pacífica, 2005). En aquest context, la recerca que demostra l'efectivitat de les opcions de política (on s'inclouen barreges de les polítiques) també pot tenir un paper important en futurs casos de l'OMC.

Tenint en compte aquestes preocupacions, alguns experts han afirmat que l'alcohol s'hauria de veure com una mercaderia no comuna i que les polítiques de control de l'alcohol haurien de tenir prioritat sobre les negociacions comercials (Grieshaber-Otto, Sinclair i Schacter, 2000; Jernigan *[et al.]*, 2000). Malgrat tot, altres experts han argumentat que una estratègia com aquesta protegiria les polítiques de control discriminatòries que podrien imposar mesures de represàlia {ChaloupkaLaixuthai, 1996} i faria que l'alcohol fos una eina potencial de regateig en les negociacions comercials (Grieshaber-Otto i Schacter, 2002). A més, pot ser que no hi hagi la voluntat política d'aconseguir això en una OMC que «ja està trontollant per la càrrega de l'agenda comercial actual» (Bettcher i Shapiro, 2001:67). No obstant això, la reunió de l'Associació Mèdica Mundial ha recomanat recentment que «les mesures que afectin el subministrament, la distribució, la venda, la publicitat, la promoció o la inversió en relació amb les begudes alcohòliques s'excloquin dels acords comercials internacionals» (Associació Mèdica Mundial, 2005) mentre els ministres de sanitat de la regió del Pacífic han acordat treballar per eliminar l'alcohol i el tabac de l'Acord de Comerç entre els Països Insulars del Pacífic (PICTA) el 2005.

Independentment d'aquest debat, sembla essencial millorar la coordinació entre els qui elaboren les polítiques del sector comercial i sanitari amb l'objectiu de minimitzar qualsevol tensió entre aquests sectors. El 2005, un estudi presentat al Comitè Executiu de l'Organització Mundial de la Salut va fer propostes similars, argumentant que els qui elaboren les polítiques de salut necessiten estar més al corrent del comerç i que també haurien de fer que els negociadors comercials fossin més conscients de la salut (OMS, 2005). També va apuntar que això «requereix investigació rigorosa sobre les implicacions potencials dels acords comercials per a la salut i la liberalització del comerç en sectors relacionats amb la salut pel que fa al rendiment i els resultats del sector sanitari». La primera meitat d'aquest capítol proposa que aquestes accions sanitàries generals es poden aplicar tant en l'àmbit de la política en matèria d'alcohol com en la discussió dels sistemes sanitaris.

L'alcohol com a mercaderia econòmica

Les polítiques internacionals que tracten l'alcohol com una mercaderia econòmica poden tenir conseqüències importants per a la política de salut pública relacionada amb l'alcohol. Un exemple positiu és el del Banc Mundial (l'organisme que ofereix crèdits i assistència tècnica a països amb ingressos baixos o mitjans per tal de reduir la pobresa). L'any 2000, el Banc Mundial va reconèixer que la inversió en begudes alcohòliques era un tema delicat, i va ordenar a tots els seus empleats ser «altament selectius» a l'hora de donar suport només a

projectes «amb un impacte de desenvolupament fort que siguin coherents amb les preocupacions de salut pública i de política social» (Grup del Banc Mundial, 2000).¹⁴

La posició de la salut en la presa de decisions econòmiques a la UE és més important en el context europeu. A l'hora d'emprendre accions per millorar els treballs del mercat intern europeu, les institucions de la UE estan obligades per llei a assegurar «un nivell alt de protecció de la salut humana» (vegeu el quadre 8.6). Atès que la UE no té poders legals per aprovar legislació específicament dirigida a la salut (vegeu més avall), això vol dir que l'única possibilitat de legislar a favor de la salut a Europa és en el context de les reformes del mercat intern (tal com s'ha vist per a la legislació de la publicitat de tabac, vegeu el Consorci ASPECT, 2004).

Aquest apartat estudia amb detall quatre àrees de política europea que estan relacionades amb el comerç de l'alcohol i resumeix les implicacions més importants d'aquestes àrees per a la política de salut pública.

Impostos europeus sobre l'alcohol

Els impostos estandarditzats són una antiga aspiració de la UE (vegeu COM (72) 225 al començament dels anys setanta), principalment perquè la combinació d'un mercat únic i les àmplies variacions dels impostos condueixen a distorsions greus en el mercat i una pèrdua dels ingressos derivats de la tributació (vegeu el capítol 3). L'harmonització dels impostos va esdevenir prioritària novament als anys vuitanta amb l'ampliació del mercat intern a partir de l'Acta Única Europea i es van exposar nombroses propostes per aconseguir taxes harmonitzades i objectives.

Malgrat tot, ja que la política econòmica requereix acords unànimes, el règim d'impostos sobre l'alcohol a la UE acordat el 1992 es va quedar molt lluny de l'harmonització. La primera de les dues directives, coneguda com la Directiva de les estructures (92/83/CEE), detallava el mètode per calcular els impostos, les definicions de diferents productes i algunes de les derogacions (excepcions). Les taxes d'impostos es detallen a la Directiva d'aproximació (92/84/CEE) però només es tracta de taxes mínimes, i les taxes objectiu es redueixen a una nota (no vinculant) de les actes. El vi no estava subjecte a cap impost, per la qual cosa aquest tipus de beguda no es va harmonitzar.

Una possible interpretació d'aquestes directives és veure-les com un intent perquè el mercat lideri l'harmonització dels impostos, ja que els individus compren personalment alcohol en altres països per evitar els impostos nacionals (Holder *[et al.]*, 1998). Les grans diferències entre les taxes dels impostos entre països veïns generen una elevada quantitat de compres a l'estranger i això comporta una pèrdua d'ingressos per als governs amb impostos més elevats, que es veuen pressionats per reduir-los (vegeu també el capítol 3). Aquestes reaccions en cadena han tingut lloc a diversos àmbits durant els últims 10 anys, per exemple, en unes restriccions d'importació menys estrictes i el diferencial continu d'impostos entre Dinamarca i Alemanya, les retallades d'impostos a Dinamarca i llavors a Suècia, i les recents

¹⁴ El Grup també ha publicat un informe sobre les desigualtats de gènere en el consum d'alcohol i els danys a Amèrica Llatina i el Carib (Pyne, Claeson i Correia, 2002).

reduccions d'impostos a Dinamarca i Finlàndia després de l'annexió d'Estònia a la UE. Les transferències privades també poden augmentar en un futur proper. El Regne Unit s'ha hagut d'enfrontar a la Comissió a través del TJE per càstigs excessius contra el contraban a petita escala fet per individus amb vehicles particulars. Aquestes transferències també poden augmentar a causa de les derogacions que fa poc han expirat a Finlàndia, Suècia i Dinamarca i que anteriorment permetien límits de transferències privades dins la UE.¹⁵

Quadre 8.6: El compromís legal de la UE per a la salut

Tema i article en el Tractat actual	Descripció
Activitats de la CE Article 3	«Les activitats de la Comunitat poden incloure (...) una contribució per aconseguir un nivell alt de protecció sanitària»
Lleis sobre el mercat intern Article 95 (3)	«La Comissió, en el seus objectius (...) pel que fa a la salut, la seguretat, la protecció ambiental i la protecció dels consumidors, prendrà com a base un alt nivell de protecció i especialment tindrà en compte qualsevol desenvolupament nou basat en fets científics». «Amb els seus poders respectius, el Parlament Europeu i el Consell també intentaran aconseguir aquest objectiu».
Salut pública a la CE Article 152	«S'assegurarà un alt nivell de protecció de la salut humana en la definició i la implementació de totes les polítiques i activitats de la Comunitat». «L'acció comunitària, que pot complementar les polítiques nacionals, estarà dirigida a millorar la salut pública, evitar les malalties i desestimar les fonts de danys per a la salut humana».
Altres mencions Articles 153, 175 i 137	Protecció dels consumidors: «per tal de promoure els interessos dels consumidors i assegurar un nivell alt de la seva protecció, la Comunitat contribuirà a protegir la salut, la seguretat i els interessos econòmics dels consumidors». Salut i medi ambient: «la política de la Comunitat sobre el medi ambient contribuirà a (...) protegir la salut humana (...)». Seguretat dels treballadors: «la Comunitat donarà suport i complementarà les activitats dels estats membres per (...) millorar especialment l'entorn de treball i protegir la salut i la seguretat dels treballadors».
La defensa de la salut	Disponible per justificar polítiques contràries a les obligacions sobre restriccions quantitatives (article 30), la lliure circulació dels treballadors (article 39 (3)) i el dret d'establiment (article 46).

Els probables augments en les transferències privades sorgeixen al mateix temps que la Comissió llança un debat sobre les taxes de l'alcohol per intentar trobar alguna manera de reduir les distorsions de la competència o almenys augmentar les taxes mínimes d'acord amb la inflació (24%) de manera que no esdevinguin insignificants (COM (2004) 223). Malgrat tot, els estats membres de la UE encara estan molt lluny d'aconseguir un acord unànim sobre aquest tema. Molts països productors de vi pensen que l'impost zero del vi és essencial per al funcionament de la Política Agrària Comuna (PAC), especialment si es tenen en compte els problemes endèmics en el sector europeu del vi durant els últims anys (vegeu més endavant). Els països amb impostos més elevats, en canvi, pensen que qualsevol moviment, fins i tot apujar els impostos mínims, hauria d'estar condicionat per la introducció d'un

¹⁵ Noruega ha pogut mantenir els controls fronterers ja que no pertany a la UE.

impost per al vi. Ateses les dificultats per satisfer aquests dos punts de vista al mateix temps, pot ser difícil que aquest problema de fa anys es pugui resoldre dins el debat actual.

Al marge d'aquest problema relativament antic de la política de salut pública relacionada amb l'alcohol, pot sorgir un nou problema a partir d'una altra proposta de la Comissió feta el 2004, que suggeria una altra liberalització de les transferències d'alcohol dins la UE (COM (2004) 227). Aquesta directiva permetria que els consumidors poguessin comprar de manera no comercial a distància, per exemple, a través d'Internet, per pagar l'impost del país d'origen del producte, fins i tot si no el passen ells mateixos per la frontera. També proposava que les proves sobre els límits indicatius passin de l'individu (per mostrar que les mercaderies són per a l'ús privat) a l'estat (per mostrar que les mercaderies són per a l'ús comercial). Els diferents sectors de la indústria han predit que això conduiria a un «trànsit entre organismes» on una persona compraria per a moltes altres sense un objectiu comercial i això faria molt difícil vigilar la clàusula comercial. En el context actual, de manera més significativa, això seria probable que fes augmentar el nivell de les compres legals transfrontereres i per tant reduiria greument el control dels estats membres sobre la seva política impositiva. Això passaria malgrat que el tabac estigués exempt de la directiva perquè «si s'aplica a aquests productes, el principi esmentat contradiria *inter alia* la política sanitària defensada a l'article 152 del Tractat en particular (COM (2004) 227)».

No obstant això, la proposta de la Comissió tenia el suport del Consell Econòmic i Social d'Europa i el Parlament Europeu, que va remarcar que «és obvi que les modificacions, tal com han estat formulades, afectaran principalment les begudes alcohòliques. Tot i que no s'ha fet cap avaluació de l'impacte de les implicacions econòmiques d'aquesta liberalització, la Comissió no espera cap augment espectacular en el tipus de transacció». Malgrat tot, la proposta és lluny d'un *fait accompli* en el moment d'escriure aquest informe (novembre del 2005). Actualment la Comissió ha desestimat les modificacions del Parlament Europeu en relació amb la naturalesa «d'ús personal» i el Consell encara no ha expressat la seva posició formal sobre l'esborrany.

Etiquetatge i envasament

Els vins i licors comercialitzats dins del mercat intern de la UE han de complir nombroses regulacions tècniques en relació amb les seves etiquetes i en general amb el seu envasament. Mentre que aquestes regulacions es basen en les preocupacions del comerç i els consumidors més que de la salut, val la pena assabentar-se d'aquesta legislació per tenir un context amb vista a futures recomanacions sanitàries dins d'aquest àmbit (vegeu els capítols 7 i 10).

Probablement la major part de la regulació sobre etiquetatge té l'objectiu de protegir els drets dels productors perquè puguin utilitzar determinats noms a l'hora de descriure les seves begudes, una preocupació que també es relaciona amb l'acord ADPIC de l'OMC (vegeu més avall). La legislació clau per als licors en aquest sentit és una regulació feta el 1989 sobre la definició, descripció i presentació dels licors (CEE 1576/89) que estableix les condicions necessàries que ha de tenir una beguda perquè es pugui descriure com a whisky, rom, etc. Això inclou una graduació mínima d'alcohol per a cada tipus de beguda, generalment establerta en un 37,5% de concentració d'alcohol (tot i que hi ha algunes varia-

cions; el whisky, per exemple, ha de tenir una concentració del 40% o més) i també especifica la mida amb la qual es mostra aquesta graduació a l'etiqueta.

La legislació vinícola és més complicada i porta més controvèrsia, ja que la Regulació 753/2002 estava subjecta a una pressió considerable per part dels EUA a causa de la protecció dels indicadors geogràfics i per això es va redactar la Regulació 316/2004, més recent. Les etiquetes de vi han d'incloure una sèrie d'informació obligatòria en un únic camp de visió (és a dir, que es pugui veure sense haver de girar l'ampolla), on s'inclou la graduació alcohòlica (amb una mida de text mínima especificada, igual que amb els licors), el país d'origen (per als vins importats), lot de producció i altres detalls.

De manera més general, totes les begudes alcohòliques que tenen més d'un 1,2% de volum han d'especificar el seu contingut d'alcohol a l'etiqueta (Directiva 2000/13/CE, article 3.10). Les modificacions a la mateixa directiva també exigeixen que tots els productes que puguin contenir certs al·lèrgens s'indiquin a l'etiqueta (Directiva 2003/89/CE). A més, els vins i licors han d'indicar «conté sulfits» des del novembre de 2004. La Directiva 2005/26/CE permet investigar més per veure si altres ingredients es consideren o no al·lèrgens. També pot ser que altres requisits pel que fa al llistat dels ingredients siguin imminents, seguint una recomanació de l'Avaluació de la Legislació d'Etiquetatge a la UE, que afirma que s'hauria d'investigar la viabilitat del llistat obligatori d'ingredients de les begudes alcohòliques.¹⁶ Això es va basar en una «forta convergència» entre les parts interessades perquè fos així, i DG SANCO espera proposar legislació sobre l'etiquetatge com a resposta a l'estudi el 2006.

A més de l'etiquetatge, les lleis de la UE especifiquen mides comunes per a les begudes alcohòliques preenvasades, que han de ser acceptades per part de tots els països de la UE perquè puguin ser comercialitzades intracomunitàriament (Directiva 75/106/CEE). Les mides especificades són les úniques permeses per al vi i els licors, però els estats membres poden utilitzar altres mides dins dels seus mercats nacionals per a la cervesa.¹⁷ Originalment l'harmonització estava motivada per la protecció dels consumidors, però la legislació recent sobre el preu unitari, la publicitat enganyosa i les exigències d'etiquetatge han fet que això sigui redundant. No obstant això, una proposta de la Comissió per substituir aquesta legislació (COM (2004) 708 final) va recomanar mantenir mides fixes semblants per als vins i els licors per tal d'ajudar els productors més petits, tenint en compte el poder dels compradors i el lent creixement.¹⁸ La Comissió va proposar que aquestes mides fixes només es mantinguessin durant 20 anys per permetre que els productors més petits poguessin adaptar-se, i després el mercat del vi i dels licors podria tornar a establir mides lliures.

¹⁶ Pàg. 14, http://ec.europa.eu/comm/food/food/labellingnutrition/foodlabelling/effl_conlu.pdf.

¹⁷ Per exemple, tots els licors han de venir amb contenidors de la mida 20-30-40-50-200-350-500-700-1.000-1.500-2.000-2.500-3.000-4.500 ml. Les mides de 100-1.125-5.000-10.000 ml també són permeses només per a ús comercial. Per conèixer detalls complets de les mides usals del vi i la cervesa, vegeu http://ec.europa.eu/eurlex/consleg/main/1975/en_1975L0106_index.html; per conèixer detalls sobre les noves mides proposades vegeu COM (2004) 708, final.

¹⁸ Vegeu també *Mides dels envasos a la UE: informe sobre l'avaluació de l'impacte ampliat dels sectors que demanen mides fixes*, que es pot consultar a http://ec.europa.eu/comm/enterprise/prepack/packsize/packsiz_en.htm.

Legislació europea addicional en els mercats interns

L'altra part important de legislació del mercat intern respecte a l'alcohol és la política audiovisual. Aquí, la Directiva Televisió sense Fronteres (TVWF) conté una clàusula específica sobre la publicitat de l'alcohol (vegeu el quadre 8.7) així com un requisit més general que afirma que els menors haurien d'estar protegits dels programes que poden inhibir el seu desenvolupament físic, mental o moral. La clàusula de l'alcohol es va incloure quan es va permetre la llibertat de moviment dels programes de televisió, de manera que el principi del país originari (que estableix que un programa legal al seu país d'emissió es pot mostrar a qualsevol país de la UE) pot coexistir amb un «alt nivell de protecció sanitària». Els debats actuals sobre la revisió del marc legislatiu per als serveis audiovisuals inclouen consideracions dels nous mitjans i la publicitat per sota la línia (*below-the-line advertising*)¹⁹ (tal com es remarca al capítol 7) i s'han fet propostes perquè la col·locació de productes pugui ser legal en certs tipus de programes (vegeu *The Economist*: «Llums, càmeres, marques», 27 d'octubre del 2005).

Actualment també s'estan debatent altres propostes que afecten l'alcohol, tot i que la seva forma final és incerta. La més avançada és l'esborrany de la Regulació de propietats saludables de la Comissió (COM (2003) 424), que té com a objectiu informar millor els consumidors i ser una ajuda per a l'harmonització del mercat. D'acord amb l'article 95, l'esborrany de la regulació només permetria declaracions de les propietats saludables si els productes contribueixen del tot a una dieta saludable, i per això exclouria totes les begudes alcohòliques de més d'1,2% d'alcohol per volum. En el moment de redactar aquest informe (novembre del 2005), aquesta proposta particular (inclosa en l'article 4) va ser desestimada pel Parlament Europeu, tot i que el Consell ha reafirmat la seva determinació per incloure l'article a la part final de la legislació.

Altres debats en curs estan relacionats amb l'etiquetatge dels ingredients per a les begudes alcohòliques (que s'ha mencionat anteriorment) i l'esborrany de la Regulació de les promocions de venda. L'esborrany més recent en el moment d'escriure aquest informe (novembre del 2005) situaria les begudes alcohòliques fora de l'àmbit de la legislació, tot i que com que aquest esborrany va ser desestimat pels estats membres al final del 2004 no hi ha certesa sobre el futur de la regulació en conjunt.

¹⁹ Per sota la línia (*below-the-line*) és una tècnica publicitària que utilitza mètodes menys convencionals de publicitat, que se centren normalment en els mitjans directes de comunicació, principalment amb el correu directe i el correu electrònic, i sovint utilitzen llistes objectius de noms per maximitzar els índexs de resposta. Aquesta publicitat difereix de la publicitat per sobre la línia, que utilitza els mitjans tradicionals com els diaris, les revistes, la ràdio i la televisió.

Quadre 8.7: La Directiva Televisió sense Fronteres

L'article 15 de la Directiva Televisió sense Fronteres exigeix que els estats membres han de garantir com a mínim que la publicitat de l'alcohol:

- No està dirigida als menors (especialment mostrant menors que beuen).
- No relaciona el consum amb la conducció o «un millor rendiment físic» (sense incloure l'esport).
- No suggereix que l'alcohol «contribueix a l'èxit social o sexual».
- No reivindica que l'alcohol té propietats terapèutiques o que és un estimulants, un sedant o una manera de resoldre els problemes personals.
- No promou el consum desmesurat d'alcohol o presenta l'abstinència o la moderació de manera negativa.
- No posa èmfasi en l'alt contingut alcohòlic com un aspecte positiu.

Font: 89/552/CEE, modificada per 97/36/CE.

La Política Agrària Comuna

L'any 2002, la Unió Europea va destinar 1.500 milions d'euros a la UE15 per donar suport a la producció de vi a través de la Política Agrària Comuna (PAC), equivalents a 30 vegades el pressupost anual de salut pública. La PAC es va establir originalment als anys seixanta per assegurar un estàndard de vida just per als agricultors i per assegurar la supervivència de petites granges, tot i que mentre la naturalesa del comerç ha anat canviant els objectius s'han centrat en les preocupacions relacionades amb el medi ambient i socials. Des de l'ampliació de la Unió Europea l'any 2004, sis dels nous estats membres també van començar a rebre subvencions per reestructurar les vinyes, tot i que els 20.000 euros que rebien només era una petita part del pressupost total de reestructuració, de 450.000 euros.²⁰ Tal com es mostra al capítol 3, la producció de vi és una part important de moltes economies regionals del sud d'Europa, i s'ha proposat que el valor de la producció de vi pot ser de més del 20% del valor total de la producció agrària en algunes regions (Österberg i Karlsson, 2002).

Amb la PAC, el vi ha experimentat problemes des dels anys setanta, quan una producció cada cop més expansiva (i posteriorment una caiguda de la demanda) va causar grans excedents de vi. La política vinícola, per tant, va incloure prohibicions per plantar vinyes i mesures de destil·lació, amb el resultat que la producció de vi va caure d'una mitjana de 210.000

²⁰ Els països que reben subvencions (en ordre descendent de diners adjudicats) són Hongria, Eslovènia, Eslovàquia, Xipre, la República Txeca i Malta). La quantitat relativament petita del pressupost que reben és principalment perquè l'àrea total de vinyes implicada és molt petita; vegeu IP/04/1193.

hectolitres a 180.000 litres des del començament dels anys vuitanta.²¹ Les propostes de l'Agenda 2000 incloïen incentius per produir vi de qualitat més que vi de taula, i durant un curt període de temps es van cofinançar algunes campanyes de promoció de la venda per als «*beneficis per a la salut del consum de baix risc de vi*» (regulacions 2702/1999 i 2826/2000) (vegeu també Lock i McKee, 2005:20). Malgrat tot, després del 2002, les regulacions de la Comissió, que van establir normes detallades per aplicar la Regulació del Consell (CE) núm. 2826/2000 sobre la informació i les accions de promoció de productes agrícoles en el mercat intern, no incloïen cap més missatge sobre els beneficis per a la salut pel que fa al vi (vegeu, per exemple, la Regulació de la Comissió 1071/2005).

No obstant això, la combinació d'una competència internacional més forta (que va incloure retallades en els subsidis d'exportació i les tarifes a causa de l'AGCS), un euro fort i les collites abundants van fer que hi hagués un excedent europeu de 35.500 hectolitres el 1999-2000 (Elinder [et al.], 2003; Furlani [et al.], 2003), paral·lelament a un excedent global estimat en 57.000 hectolitres l'any 2004 (Informe mundial de begudes, 28 d'abril de 2005).²² Com a mesura d'emergència, la Comissió ha acordat pagar 145.000 euros per la crisi de la destil·lació a França i Espanya a canvi d'arrencar les vinyes i posar fre a les plantacions (Bloomberg 29/4/05). Això es pot considerar com una retirada de l'alcohol del mercat, ja que l'alcohol obtingut de la crisi de la destil·lació es pot utilitzar com a combustible.

Els subsidis de la PAC (on s'inclou el subsidi directe per la crisi de la destil·lació) és probable que hagin distorsionat el mercat pel que fa al vi, tot i que quantificar aquest efecte és difícil (Furlani [et al.], 2003). La Comissió també ha admès que les mesures més recents de la PAC no han tingut l'efecte desitjat i té previst llançar una nova estratègia a la primavera del 2006 per intentar rectificar l'equilibri estructural (Just Drinks 15/3/05).

No hi ha cap menció dels articles 152 i 153 a la PAC (vegeu el quadre 8.9) que remarqui el paper de la Comunitat per aconseguir un nivell alt de protecció de la salut humana en tots els seus treballs (vegeu també Lock i McKee, 2005).²³ Això és particularment sorprenent ja que l'equilibri en el sector vinícola ha dificultat les negociacions sobre l'harmonització dels impostos i algunes persones argumenten que la reforma de la PAC és vital per fer avançar els impostos (Elinder [et al.], 2003). Però de manera paral·lela a les llicències del tabac, on el subsidi de la PAC ha estat descrit pel Tribunal Europeu d'Auditors com «un ús inadequat de les subvencions públiques» la importància política i econòmica dels subsidis fa difícil progressar des d'un punt de vista de salut pública (Hämäläinen, Koivusalo i Ollila, 2004).

²¹ Estadístiques oficials de la Comissió Europea obtingudes de http://ec.europa.eu/comm/agriculture/markets/wine/facts/index_en.htm

²² Les negociacions actuals a l'OMC també poden ser rellevants, amb propostes per reduir els nivells permesos de suport que distorsionen el comerç i possiblement restriccions en tots els suports a la producció i les tarifes d'aliments i begudes (Aroq Ltd. 2004).

²³ Tot i que amb el nou sistema de la PAC, els agricultors que reben subvencions directes hauran de respectar les normes del medi ambient, de salut i seguretat, entre d'altres.

La política en matèria d'alcohol més enllà de les fronteres

El nivell internacional també ofereix l'oportunitat per als països d'unir-se per reduir els problemes relacionats amb l'alcohol, amb cada vegada més accions que es desenvolupen paral·lelament als debats comercials durant el segle xx. Un dels acords més antics és la declaració fundacional de l'Organització Internacional del Treball (OIT) que data del 1949 i prohibeix el pagament de salaris «*en forma de licor amb alt contingut d'alcohol*» o en tavernes (excepte per als treballadors de les tavernes). Des de llavors, l'OIT ha treballat activament per reduir el consum de risc de substàncies a tot el món i va publicar un Codi de Pràctica el 1995 sobre la gestió de l'alcohol i altres substàncies al lloc de treball (OIT, 1996).

El Consell d'Europa va fer un acord més ampli d'importància per a l'alcohol i va crear la Convenció Europea per a la Protecció dels Drets Humans i les Llibertats Fonamentals l'any 1953. Aquesta convenció, separada de les institucions de la UE, però que inclou tots els estats de la UE entre els seus 46 membres, està governada pel Tribunal Europeu de Drets Humans, tot i que els casos rarament tenen impacte en la política en matèria d'alcohol. Malgrat tot, les autoritats valencianes van perdre recentment un cas per no assegurar el dret de respecte a l'habitatge, en aquest cas a causa del soroll dels bars i clubs locals (aplicació 4143/02).

L'Organització Mundial de la Salut

No és sorprenent que l'organisme internacional més actiu sobre els temes relacionats amb l'alcohol sigui l'Organització Mundial de la Salut (OMS), que ha aprovat més de 10 resolucions relacionades amb l'alcohol en la seva Assemblea Mundial de la Salut. El 1979, l'Assemblea va apuntar que «*els problemes relacionats amb l'alcohol, i especialment el seu consum de risc, són un dels problemes més greus de la salut pública*».

El 2005, 25 anys més tard, es va repetir una opinió semblant, quan l'Assemblea va reconèixer que «*el consum perjudicial és una de les principals causes de malaltia, lesió, violència (especialment la violència domèstica contra les dones i els nens), invalidesa, problemes socials i morts prematures; s'associa a la salut o malaltia mental; té un impacte important en el benestar humà dels individus, les famílies, les comunitats i la societat en conjunt i contribueix a les desigualtats socials i de salut*» (vegeu el quadre 8.8).

Quadre 8.8: Problemes de salut pública causats pel consum perjudicial d'alcohol

La Resolució 58.26, que es va aprovar a l'Assemblea Mundial de la Salut el maig de 2005, demanava a l'OMS:

- Reforçar la capacitat del Secretariat de l'OMS per donar suport als estats i reforçar l'evidència a partir de la qual treballen les polítiques.
- Preparar recomanacions per a polítiques i intervencions efectives.
- Fer un informe a l'Assemblea del 2007 sobre les estratègies basades en l'evidència per reduir els problemes relacionats amb l'alcohol, on s'inclouï una avaluació extensa de tots els problemes de salut pública relacionats amb l'alcohol.

- Reforçar els sistemes d'informació global i regional.
- Promoure polítiques efectives en l'assistència sanitària.
- Col·laborar amb els governs, els professionals de la salut, les ONG i altres institucions.
- Consultar els representants del sector.
- Informar a l'Assemblea de 2007 sobre els avenços fets en aquesta resolució.

L'OMS també ha elaborat el primer tractat global de salut pública, el Conveni Marc per al Control del Tabac (CMCT), que va entrar en vigor el 28 de febrer de 2005. El CMCT va ser acordat pels 192 estats membres de l'OMS l'any 2003 però només s'aplica en aquells països que l'han ratificat: a principis de novembre de 2005, estava en vigor a la Unió en conjunt i a 19 estats membres, però els estats són lliures d'afegir-se al conveni posteriorment.²⁴ Els països que han aprovat el CMCT es comprometen a realitzar uns nivells de control mínim del tabac, on s'inclouen les prohibicions totals de la publicitat de tabac, la inclusió d'avertències sanitàries als paquets de tabac que cobreixin més d'un 30% de la superfície del paquet, la protecció dels ciutadans del fum del tabac als llocs de treball, als transports públics, i als llocs públics interiors, a més d'impostos sobre el tabac més alts i harmonitzats.

Aprofitant l'experiència del Conveni Marc per al Control del Tabac, Room (2006) ha identificat diferents justificacions d'un acord internacional legalment vinculant. Aquestes són (i) protegir els consumidors dels problemes relacionats amb l'alcohol, (ii) l'abast dels danys, (iii) els danys substancials a la majoria de regions del món, (iv) els problemes relacionats amb l'alcohol que transcendeix les fronteres nacionals, (v) la dificultat per tractar els problemes relacionats amb l'alcohol en els països de manera aïllada i (vi) la falta de qualsevol conveni anterior adequat o un altre acord internacional.

Room va remarcar que seria possible tècnicament gestionar l'alcohol mitjançant un acord internacional afegint-lo a les llistes de substàncies incloses en un o més dels tres convenis que controlen les drogues. Per exemple, va informar que «*una substància psicotròpica*» es pot incloure al Conveni del 1971 si «*l'Organització Mundial de la Salut creu que la substància té la capacitat de crear un estat de dependència i l'estimulació o depressió del sistema nerviós central que provoqui al·lucinacions o alteracions en la funció motora o el pensament, el comportament, la percepció o l'estat d'ànim, i que hi hagi prou evidència d'un possible consum de risc de la substància que pugui representar un problema de salut pública i social, i garantir així que la substància està sota control internacional*» (Nacions Unides, 1976). Room apunta que, tot i que els marcs del conveni del 1971 no van intentar incloure l'alcohol, certament eren adequats segons l'apartat II del conveni: «*substàncies el consum intensiu de les quals constitueix un risc substancial per a la salut pública i que tenen de poca a moderada indicació terapèutica*».

²⁴ <<http://www.who.int/tobacco/framework/>>, 7 de novembre de 2005.

Ja que no és probable que la inclusió de l'alcohol al conveni del 1971 rebi suport polític, una opció alternativa és considerar un Conveni Marc sobre la Política en Matèria d'Alcohol, semblant a la del CMCT. S'ha proposat que un conveni com aquest hauria de partir de la base dels problemes sanitaris i socials de l'alcohol, que fan que no sigui «una mercaderia usual» i pugui rebre un tractament com el pa o el suc de taronja en el mercat. També s'ha proposat que un conveni com aquest podria identificar àrees de política per crear accions comunitàries (on s'inclourien les restriccions de màrqueting i la identificació de comerç il·lícit de l'alcohol) així com fer que els països implantin amb urgència polítiques efectives basades en l'evidència dins dels seus límits nacionals (Anderson, 2004). Aquest procés podria ajudar a mobilitzar el suport tècnic i econòmic nacional i global per a la política en matèria d'alcohol, augmentar la consciència entre els diferents ministeris governamentals (i altres organismes sanitaris) sobre la política en matèria d'alcohol, enfortir la legislació i les accions nacionals i mobilitzar les ONG i altres institucions de la societat civil per donar suport a la política en matèria d'alcohol.

L'Organització Mundial de la Salut a Europa

L'Oficina Europea de l'OMS (OMS-EURO) ha dut a terme diferents iniciatives per reduir els problemes relacionats amb l'alcohol en els seus 52 estats membres, on s'inclouen tots els estats de la UE. La Comissió Europea té relacions bilaterals des de fa temps amb l'OMS-EURO, tot i que la cooperació ha estat menys estructurada per a l'alcohol que en altres camps com l'obesitat o la salut mental.

Els primers objectius globals de Salut per a tots el 1991 incloïen un objectiu per reduir «el consum perjudicial d'alcohol per a la salut» i més específicament per «reduir el consum alcohòlic en un 25% amb una atenció especial al consum perjudicial d'alcohol» (Harkin, Anderson i Lehto, 1995; Solco [et al.], 2003). El 1992, els estats membres de l'OMS-EURO van adoptar el Pla Europeu d'Actuació sobre l'Alcohol (PEAA) del 1993 al 2000 (Organització Mundial de la Salut, 1992) amb l'objectiu de reduir el consum total i emprar mesures per combatre els comportaments relacionats amb el consum alcohòlic d'alt risc. Això va anar acompanyat tres anys més tard d'una Conferència ministerial de l'OMS, que va tenir lloc el 1995 a París. La Carta Europea sobre Alcohol es va acordar en aquesta conferència i va establir cinc principis ètics per donar suport a la política en matèria d'alcohol (vegeu el quadre 8.9; Organització Mundial de la Salut, 1995).

Quadre 8.9: La Carta Europea sobre Alcohol

Adoptada a la Conferència Ministerial de l'OMS a París el 1995, la Carta promovia 5 principis ètics:

1

Totes les persones tenen dret a una **vida familiar, comunitària i laboral** protegida dels accidents, la violència i altres conseqüències negatives del consum d'alcohol.

2

Totes les persones tenen dret a rebre **informació i educació imparcial** des de la infància sobre les conseqüències del consum d'alcohol per a la salut, la família i la societat.

- 3

Tots els nens i adolescents tenen el dret de **créixer en un entorn protegit** de les conseqüències negatives de l'alcohol i, en la mesura possible, de la promoció de begudes alcohòliques.
- 4

Totes les persones amb consum de risc o consum intensiu d'alcohol i els membres de les seves famílies tenen dret a rebre **tractament i assistència**.
- 5

Totes les persones que no desitgen consumir alcohol o que no ho poden fer per motius de salut o per altres raons, tenen dret a estar protegits de les **pressions per consumir** i respectar el seu comportament d'abstinència.

Quan es va avaluar el PEAA el 1998, l'OMS-EURO va remarcar que més de la meitat dels països havien desenvolupat un pla d'acció contra l'alcohol i tenien un organisme coordinador responsable de la seva implementació (vegeu OMS-EURO, 1999; Rehn, Room i Edwards, 2001). Dels països dels quals es disposava de dades en el moment de la revisió, 11 havien observat una disminució del consum per capita i 3 (Itàlia, Polònia i Espanya) havien aconseguit l'objectiu europeu de la política de Salut per a tots del 25% de reducció, però 11 països havien experimentat un augment del consum des de l'any 1992. També es va considerar que la indústria de les begudes alcohòliques i el sector hotelier havien tingut un paper insuficient a l'hora de prevenir els problemes relacionats amb l'alcohol.

L'objectiu inicial de Salut per a tots i el PEAA han estat substituïts per versions renovades. El nou objectiu establert l'any 2000 té la finalitat de «reduir de manera important els efectes adversos del consum de substàncies addictives com el tabac, l'alcohol i les drogues psicoactives a tots els estats membres abans de l'any 2015». El nou PEAA 2000-5 va ser adoptat per l'OMS-EURO un any després, el 1999 (Organització Mundial de la Salut, 2000) i va posar èmfasi en la planificació i la supervisió en cada país (vegeu el quadre 8.8).

Una segona Conferència ministerial de l'OMS es va celebrar a Estocolm el febrer de 2001, on es va tractar especialment el tema dels joves i l'alcohol. La Declaració d'Estocolm que en va resultar, no només reforçava l'anterior Carta Europea sobre Alcohol, sinó que també va establir una sèrie d'objectius on s'inclouen:

- Reduir el nombre de consumidors, els nivells de consum d'alt risc, les pressions (incloent el màrqueting) i els problemes relacionats amb l'alcohol (especialment per als joves).
- Retardar l'inici del consum alcohòlic entre els joves.
- Més alternatives per al consum alcohòlic, més implicació per part dels joves en la política sanitària (incloent la política en matèria d'alcohol) i més educació.

A més, va confirmar la necessitat que es desenvolupessin polítiques de salut pública i alcohol sense que interferissin en els interessos comercials o econòmics.

També s'han fet accions en diferents àrees relacionades amb l'alcohol, on s'inclou la Conferència ministerial de l'OMS sobre Salut Mental el 2005 que va comprometre els estats membres a tractar les causes dels trastorns de consum perjudicial d'alcohol i donar suport a les ONG que actuen en aquestes àrees. De manera semblant, l'esborrany de l'Estratègia Europea per a la Salut i el Desenvolupament de Nens i Adolescents (febrer del 2005) menciona l'alcohol en el context de danys als no nats, la reducció de l'exposició als comportaments de risc com l'alcohol durant els últims anys de la infància i la prevenció de comportaments de risc dels adolescents quant a l'alcohol. Els debats del Comitè Regional sobre la propera estratègia contra les malalties no contagioses també van remarcar que eren «conscients que les malalties no contagioses més importants estan relacionades amb factors de risc que normalment es poden prevenir, com el tabac, l'alcohol, el sobrepès i la inactivitat física» (EUR/RC54/REC/1).

Durant els últims anys, un paper clau de l'OMS-EURO (a vegades conjuntament amb l'oficina principal de l'OMS) ha estat establir les bases científiques per a la política en matèria d'alcohol. S'han publicat tres llibres copatrocinats per l'OMS-EURO durant els últims 30 anys que representen els esforços per col·laborar i establir «l'estat actual del coneixement» en el moment de la seva publicació (Bruun [et al.], 1975; Edwards [et al.], 1994; Babor [et al.], 2003). Això ha estat substituït per una sèrie de documents de base extensos sobre aspectes tècnics específics de l'alcohol i la política en matèria d'alcohol (Walsh; 1982; Grant, 1985; Partanen i Montonen, 1988; Plant, 1989; Anderson, 1991; Anderson, 1993; Hannibal [et al.], 1994; Harkin, Anderson, i Lehto, 1995; Anderson i Lehto, 1995; Anderson, 1995; Heather, 1995; Ritson, 1995; Anderson i Lopez, 1995; Lehto, 1995a; Lehto 1995b; Anderson, 1996; Henderson, Hutcheson i Davies, 1996; Montonen, 1996; Harkin, Anderson i Goos, 1997; Rehn, Room i Edwards, 2001; Klingemann i Gmel, 2001; OMS-EURO, 2005).

Després del segon PEAA, que va finalitzar el 2005, el Comitè Regional de l'OMS-EURO ha aprovat recentment un nou Marc per a la política en matèria d'alcohol. Els principis fonamentals del PEAA s'han mantingut, així com la importància de les obligacions dels estats membres envers els seus ciutadans, el principi preventiu i la necessitat de formular estratègies de salut pública per als interessos de la salut pública, però posa més èmfasi en l'orientació estratègica i les diferents opcions polítiques, així com la col·laboració internacional.²⁵

Quadre 8.10: Marc per a una Política en Matèria d'Alcohol a la Regió Europea

Àrea	Finalitats i objectius
Estratègies i plans d'acció	Cal un pla d'acció al nivell adequat així com una estratègia nacional sobre l'alcohol, amb la capacitat per implementar mesures, supervisar i fer un seguiment del pla. Les comunitats locals, els múltiples sectors comunitaris, les restriccions sobre els impostos o la disponibilitat, els programes per a pares, l'aplicació de la política per reduir la conducció sota els efectes de l'alcohol, les intervencions breus i les intervencions al lloc de treball s'haurien de considerar dins d'una estratègia com aquesta.

²⁵ La Resolució, el Marc i els estudis de base es poden consultar a http://www.euro.who.int/Governance/RC/RC55/20050920_1.

Situacions lliures d'alcohol	Nombrosos grups i situacions s'han de mantenir lliures d'alcohol, on s'inclouen: (1) la gent jove, (2) l'entorn de la gent jove (3) la seguretat viària (4) el lloc de treball i (5) l'embaràs.
Directrius de consum	Moltes persones han tingut dificultats per interpretar les pautes, que es poden tractar com una línia de base per seguir ampliant-les. L'OMS continua defensant el missatge que «menys és millor». S'haurien de donar pautes de consum individual per a consumidors amb problemes relacionats amb l'alcohol en els entorns d'assistència sanitària.
Prevenció de problemes	Establir un dia de sensibilització nacional per augmentar la sensibilització de la prevenció dels problemes relacionats amb l'alcohol podria ser un mètode efectiu per generar suport per a altres polítiques.
Més investigació	Mentre es disposa de prou evidència per implementar polítiques, la implementació de més investigació hauria d'omplir els buits en: (i) els estudis epidemiològics en diferents societats (ii) la mesura del consum no registrat, (iii) els efectes de les intervencions de la política en matèria d'alcohol sobre els diferents grups objectiu en una àmplia varietat de societats (iv) l'anàlisi cost-efectivitat. Addicionalment, s'hauria d'establir un Grup d'Experts en Política en Matèria d'Alcohol.
Vigilància i supervisió	Mentre l'OMS-EURO continuï recollint i analitzant dades, calen mesures harmonitzades de consum i risc dins d'un sistema de supervisió comú. Aquests sistema hauria de contenir les mesures empreses contra problemes socials experimentats per altres persones així com pel consumidor. El Sistema Europeu d'Informació de l'Alcohol s'hauria d'expandir per incloure informació sobre la legislació i les pràctiques de màrqueting, i complir aquestes altres necessitats.
Entrenament i creació d'habilitats	Aquest és un aspecte important per crear una estratègia multisectorial per identificar els danys i l'OMS-EURO continuarà donant suport als estats membres en aquest aspecte. Els Acords de Col·laboració Biennals, que són una plataforma per a iniciatives nacionals que donen suport a les accions (sub)regionals, podrien ser una eina clau per implementar-la.
Defensa, establiment de contactes i desenvolupament de polítiques	La comunicació amb el públic és sovint una debilitat per als defensors de la salut pública i l'OMS-EURO intentarà reforçar les connexions per millorar la comunicació mitjançant activitats de formació i de treball en xarxa. S'espera que els homòlegs nacionals responsables de l'alcohol creïn capacitats en l'àmbit nacional, mentre l'OMS-EURO crearà una Coalició Europea sobre el Desenvolupament de la Política en Matèria d'Alcohol formada per estats membres i organitzacions i institucions internacionals.

La Resolució EUR/RC55/R1 que aprova el Marc el setembre de 2005 també:

- **Demana amb urgència als estats membres:** que (re)formulin les polítiques nacionals i els plans d'acció i reforcin la col·laboració internacional.
- **Demana amb urgència a les organitzacions internacionals i ONG:** que treballin conjuntament amb els estats membres i l'OMS-EURO per maximitzar l'impacte del Marc.
- **Demana al director regional:** mobilitzar els recursos i altres organitzacions internacionals per donar suport al Marc i als estats membres en els seus esforços, revisar i millorar el Sistema d'Informació Europeu sobre l'Alcohol i organitzar un informe sobre l'estat i el progrés cada tres anys.

Aquest informe triennal anirà acompanyat d'un fòrum triennal d'alt nivell sobre la política en matèria d'alcohol dins la regió per debatre els resultats de l'informe. Aquest fòrum deliberarà sobre temes crucials i exigents i considerarà temes internacionals i altres aspectes que van més enllà de l'àmbit de resposta de cada un dels estats membres.

La Unió Europea i la política en matèria d'alcohol

Amb poques excepcions,²⁶ la UE mateixa no pot aprovar lleis amb el simple objectiu de protegir la salut humana ja que els estats membres no han cedit aquest poder a les institucions europees. Moltes de les accions de la UE sobre l'alcohol s'han fet amb «lleis toves» en forma de resolucions no vinculants i recomanacions que demanen amb urgència que els estats membres actuïn d'una determinada manera. Malgrat tot, val la pena reiterar que hi ha oportunitats substancials perquè les preocupacions sanitàries s'incorporin en accions per millorar el mercat únic (vegeu la discussió més avall).

L'acció no legislativa relacionada amb la salut pública es basa en el segon programa de salut públic de la Comunitat 2003-8, que exigeix estratègies i mesures sobre determinants de salut relacionats amb l'estil de vida, on s'inclou l'alcohol (1786/2002/CE). Ara bé, això pot canviar, ja que la Comissió ha proposat que el flux de subvencions per a la protecció de la salut i el consumidor es fusionin a partir del 2007, tot i que les perspectives econòmiques de 2007-13 (de la qual aquesta n'és una part) no han estat confirmades pel Consell i el Parlament al final del 2005 (COM (2005) 115). Per a ambdós programes, la Comissió declara que la prova de subsidiarietat (vegeu el quadre 8.3) es compleix pel «caràcter transnacional» d'aquests determinants de salut, mentre que el Consell també ha remarcat la necessitat de reduir els diferencials sanitaris entre els estats membres (COM (2000) 285, 2000/C 218/03).

Igual que a l'OMS, l'alcohol a vegades es menciona en el context de temes més amplis de salut, com el recent *Estudi Verd sobre l'Estratègia de Salut Mental Europea* (COM (2005) 484). La proposta actual té l'objectiu de crear un marc per a la cooperació, augmentar la coherència de les accions i impulsar una plataforma per a les parts interessades (incloent la societat civil) que se centraria en els esforços preventius, la qualitat de vida i la creació d'un sistema d'informació. L'estudi no es podrà consultar fins al maig de 2006, a continuació la Comissió analitzarà les respostes i (depenent del resultat) proposarà una estratègia al final del 2006.²⁷

L'alcohol va ser mencionat per primera vegada com un problema de salut pública i social pel Consell l'any 1986 (Diari Oficial C 184/02) i en els següents 10 anys es va legitimar gradualment mitjançant el treball en àrees relacionades, com la seguretat viària, la Directiva Televisió sense Fronteres (que s'ha mencionat anteriorment) i el programa Europa contra el Càncer. D'acord amb el Tractat de Maastricht, es van destinar 1,5 milions d'euros per a projectes de foment de la salut en l'àmbit de l'alcohol, tot i que molts dels esforços de la Direcció General (DG) (i ara també la Direcció General de Protecció de la Salut i el Consumidor (DG SANCO)) s'han concentrat a crear una opinió europea, desenvolupant grups d'interès i assegurant un alt grau de competència pràctica.

Les polítiques de seguretat viària de la UE també han tractat sovint els accidents de conducció relacionats amb l'alcohol, en especial la recomanació de la Comissió sobre la taxa d'alcoholèmia màxima permesa per als conductors de vehicles motoritzats el gener de 2001

²⁶ Aquestes excepcions es refereixen als productes de la sang, òrgans, així com diferències en els camps veterinari i fitosanitari.

²⁷ <http://ec.europa.eu/comm/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/consultation_en.htm>

(2001/115/CE).²⁸ Això va exigir als estats membres adoptar una taxa d'alcoholèmia de 0,5 g/l a 0,2 g/l per als conductors novells, de vehicles de dues rodes, de grans vehicles o de mercaderies perilloses i el control aleatori d'alcoholèmies de manera que tothom se sotmetés a un control cada 3 anys de mitjana. L'adopció de la recomanació ha estat promoguda des de llavors pel Programa d'acció de seguretat viària a Europa (COM (2003) 311), mentre la Comissió ha dit que proposarà una directiva si no es fan progressos suficients per aconseguir una reducció del 50% de morts a la carretera abans del 2010 (2004/345/CE). Altres mesures recents inclouen esforços per identificar la conducció sota els efectes de l'alcohol, on s'inclouen penes unificades i l'intercanvi de millors pràctiques (COM (2001) 370; 2004/345/CE).

Augment de l'acció

Tot i que hi ha hagut un augment i una resposta coordinada de l'alcohol des dels anys setanta, la política en matèria d'alcohol ha esdevingut més important políticament en els últims anys especialment per la crescuda sobtada dels *alcopops* des del 1995. Es va establir un grup de treball sobre els *alcopops* per avançar en l'àmbit europeu, el qual, juntament amb la Conferència ministerial d'Estocolm (vegeu més amunt), una declaració del Parlament Europeu i diversos esborranys de resolucions van crear una resolució més àmplia del Consell el 5 de juny de 2001 sobre el problema àmpliament estès a Europa del consum alcohòlic entre els joves, especialment entre els nens i adolescents (2001/458/CE).²⁹ Aquesta resolució recomanava l'educació multisectorial i una aplicació més contundent de les lleis de consum per als menors, al mateix temps que demanava a la indústria de les begudes alcohòliques que la seva publicitat no anés dirigida a la gent jove. Aquesta aproximació de la indústria com a sòcia voluntària en la solució va acompanyada de l'afirmació per part de la Conferència ministerial que la política de salut pública hauria de desenvolupar-se sense que interferissin els interessos comercials o econòmics (Sutton i Nylander, 1999).

El mateix dia de la resolució del consum entre els joves, el Consell va convidar la Comissió per crear una estratègia contra els problemes relacionats amb l'alcohol a Europa.³⁰ Aquesta invitació es va repetir el juny de 2004 quan el Consell va adoptar una conclusió de seguiment sobre l'Alcohol i els joves, en la qual el Consell va remarcar que s'ha de donar una atenció especial als joves en l'estratègia.³¹ Aquesta estratègia actualment s'està creant i es creu que es publicarà durant el 2006.

Durant els anys 2004-2006, la Comissió també ha cofinançat una Xarxa de Política en Matèria d'Alcohol amb representació a tots els estats membres, els països que han sol·licitat l'adhesió, Noruega i Suïssa perquè informi a la Comissió de la seva feina relacionada amb l'alcohol.³² Això està coordinat per Eurocare,³³ una organització no governamental europea

²⁸ El memoràndum explicatiu de la recomanació remarca que tot i que la Comissió proposaria de manera ideal una directiva per harmonitzar els límits dels nivells d'alcoholèmia, s'adona que hi ha antigues objeccions que es basen en la subsidiarietat respecte a un canvi com aquest (que daten des que es va intentar anteriorment l'any 1988).

²⁹ <http://ec.europa.eu/eur-lex/pri/en/oj/dat/2001/l_161/l_16120010616en00383341.pdf>

³⁰ <http://ec.europa.eu/eur-lex/pri/en/oj/dat/2001/c_175/c_17520010620en00010002.pdf>

³¹ <http://ue.eu.int/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/en/lsa/80729.pdf>

³² <<http://www.eurocare.org/btg/index.html>>

³³ <<http://www.eurocare.org>>

que dissenya xarxes i organitzacions a tot Europa per a la prevenció dels problemes relacionats amb l'alcohol des del 1990.

Conclusió

Les dimensions europees i globals del disseny de polítiques són cada vegada més importants per a la política de salut pública de l'alcohol i els qui elaboren el disseny de polítiques de salut nacionals haurien de tenir en compte tres missatges clau. Primer, que les polítiques en matèria d'alcohol estan subjectes a la llei de comerç global i europea, la qual cosa significa que les polítiques com els monopolis d'alcohol o certs sistemes impositius es poden considerar il·legals. No és just dir que les consideracions sanitàries s'ignoren en aquest procés, vist el nombre de casos globals i particulars a Europa que determinen la prioritat de la salut per sobre dels interessos comercials. No obstant això, els qui elaboren les polítiques de salut s'haurien d'assegurar que les polítiques de salut interfereixin mínimament amb el comerç, i haurien de supervisar el risc inherent al procés de liberalització del comerç, especialment en l'àmbit global.

En segon lloc, les preocupacions de salut es poden perdre on les polítiques consideren l'alcohol com a mercaderia econòmica, malgrat l'impacte important en la salut de moltes d'aquestes accions. Atès que la Unió Europea té un compromís legal per considerar la salut en totes les seves activitats, hi ha una necessitat potencial de pal·liar aquest buit a Europa.

Finalment, s'ha de recordar que el panorama internacional ofereix oportunitats i riscos per a la política sanitària. L'Organització Mundial de la Salut i la Unió Europea han fet contribucions importants perquè hi hagi més consciència i acció sobre l'alcohol a Europa els últims anys, i amb un nivell adequat de compromís, no hi ha cap raó per la qual les accions internacionals no puguin fer passos encara més grans per reduir els problemes relacionats amb l'alcohol en un futur.

Bibliografia

Alavaikko, M. i Österberg, E. (2000). "The Influence of Economic Interests on Alcohol Control Policy: a Case Study From Finland." *Addiction*, 95(Supplement 4): S565-S579.

Anderson, P. (1991). *The Management of Drinking Problems*. WHO Regional Publications, European series No. 32. Copenhagen: World Health Organisation Regional Office for Europe.

Anderson, P. (1993). *Alcohol and Community - 16 case studies*. Copenhagen: World Health Organisation Regional Office for Europe.

Anderson, P. (1995). *Young people and alcohol, drugs and tobacco*. WHO Regional Publications. European Series No 66. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Anderson, P. (1996). *Alcohol and primary health care*. WHO Regional Publications. European Series No 64. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Anderson, P. (2004). *State of the world's alcohol policy*. *Addiction* 99: 1367-1369.

Anderson, P. i Lehto, J. (1995). *Evaluation and monitoring of action on alcohol*. WHO Regional Publications, European Series, No. 59. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Anderson, P. i Lopez, A. (1995). *Report of a WHO working Group, on Alcohol and Health - Implications for Public Health Policy*, held in Oslo, 9-13 October 1995. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Aroq Ltd. (2004). *WTO and its affect on the global drinks industry: management briefing*. Seneca House, Buntsford Park Road, Bromsgrove, Worcestershire, B60 3DX United Kingdom: Just Drinks.com and Aroq Limited.

Babor, T. F., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., Grube, J., Gruenewald, P., Hill, L., Holder, H. D., Homel, R., Österberg, E., Rehm, J. i Rossow, I. (2003). *Alcohol: No Ordinary Commodity*, Oxford: Oxford UP.

Baylis, C. (2005). *How low can you go? [Legal summary on minimum pricing]*. http://test.blplaw.com/news/pdf_files/ClassaskalawyerFeb2005.pdf#search='baylis%20minimum%20pricing'

Bettcher, D. i Shapiro, I. (2001). "Tobacco Control in an Era of Trade Liberalization." *Tobacco Control*, 10: 68-70.

Bruun, K., Edwards, G., Lumio, M., Mäkelä, Klaus, Pan, L., Popham, R. E., Room, R., Schmidt, W., Skog, O.-J., Sulkunen, P. i Österberg, E. (1975). *Alcohol Control Policies in Public Health Perspective*, Helsinki: Finnish Foundation for Alcohol Studies.

Callard, C., Chitanhondh, H. i Weissman, R. (2001). "Why Trade and Investment Liberalization May Threaten Tobacco Control Efforts." *Tobacco Control*, 10: 68-70.

Chaloupka, F. J. i Laixuthai, A. (1996). *U.S. Trade Policy and Cigarette Smoking in Asia*. NBER Working Papers 5543. National Bureau of Economic Research. <http://ideas.repec.org/p/nbr/nberwo/5543.html>

Edwards, G., Anderson, P., Babor, T. F., Casswell, S., Ferrence, R., Giesbrecht, N., Godfrey, C., Holder, H. D., Lemmens, P., Mäkelä, Klaus, Midanik, L. T., Norström, T., Österberg, E., Romelsjö, A., Room, R., Simpura, J. i Skog, O.-J. (1994). *Alcohol Policy and the Public Good*, Oxford: Oxford UP.

Elinder, L. S., Joossens, L., Raw, M., Andréasson, S. i Lang, T. (2003). *Public health aspects of the EU Common Agricultural Policy: developments and recommendations for change in four sectors (fruit and vegetables, dairy, wine and tobacco)*. Sweden: National Institute for Public Health. http://www.fhi.se/upload/PDF/2004/English/eu_inlaga.pdf

Ferris, J., Room, R. i Giesbrecht, N. (1993). "Public Health Interests in Trade Agreements in Alcoholic Beverages in North America." *Alcohol Health and Research World*, 17: 235-41.

Fidler, D. P. i Drager, N. (2003). *Trade in Health Related Services and GATS: legal review of the General Agreement on Trade in Services (GATS) from a health policy perspective*. Globalization, Trade and Health Working Papers Series. Geneva: WHO

Furlani, A. i colleagues (2003). Ex-post evaluation of the Common Market Organisation for wine. Tender AGRI / EVALUATION / 2002 / 6. Prepared for European Commission - DG Agriculture. http://ec.europa.eu/comm/agriculture/eval/reports/wine/index_en.htm

Gould, E. (2004). "Negotiating Under the Influence." Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift (Nordic Studies on Alcohol and Drugs), 21(English Supplement): 111-17.

Gould, E. (2005). "Trade Treaties and Alcohol Advertising Policy." Journal of Public Health Policy, 26: 359-76.

Gould, E. i Schacter, N. (2002). "Trade Liberalization and Its Impact on Alcohol Policy." SAIS Review, XXII(1 (Winter-Spring)): 119-39.

Grant, M. (1985). Alcohol Policies. WHO Regional Publications, European series No. 18. Copenhagen: World Health Organisation Regional Office for Europe.

Grieshaber-Otto, J. i Schacter, N. (2002). "The GATS: Impacts of the International 'Services' Treaty on Health Based Alcohol Regulation." Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift (Nordic Studies on Alcohol and Drugs), 19: 50-68. www.stakes.fi/nat/nat01/nr.3/english/gats.htm

Grieshaber-Otto, J., Sinclair, S. i Schacter, N. (2000). "Impacts of International Trade, Services, and Investment Treaties on Alcohol Regulation." Addiction, 95(Supplement 4): 491-504.

Hannibal, J. U., van Iwaarden, M. J., Gefou-Madianou, D., Moskalewicz, J., Riston, B. i Rud, M. (1994). Alcohol and the Community. Copenhagen: World Health Organisation Regional Office for Europe.

Harkin, A.-M., Anderson, P. i Goos, C. (1997). Smoking, Drinking and Drug Taking in the European Region, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Harkin, A.-M., Anderson, P. i Lehto, J. (1995). Alcohol in Europe – a health perspective. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Hämäläinen, R.-M., Koivusalo, M. i Ollila, E. (2004). EU policies and health. Themes 1/2004. Helsinki, Finland: National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES).

Heather, N. (1995). Treatment approaches to alcohol. WHO Regional Publications. European Series No 65. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Henderson, M., Hutcheson, G. i Davies, J. (1996). Alcohol and the workplace. WHO Regional Publications. European Series No 67. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Holder, H. D., Kühnhorn, E., Nordlund, S., Österberg, E., Romelsjö, A. i Ugland, T. (1998). European Integration and Nordic Alcohol Policies: Changes in Alcohol Controls and Consequences in Finland, Norway and Sweden, 1980-1997, Aldershot: Ashgate.

Honeck, D. (2004). "The GATS and 'Necessity'" http://www.wto.org/english/tratop_e/serv_e/workshop_march04_e/workshop_programme_march04_e.htm

House of Commons Home Affairs Committee (2005). Anti-Social Behaviour. Fifth Report of Session 2004-5. London: The Stationery Office.

Howse, R. (2004). "The WHO/WTO Study on Trade and Public Health: a Critical Assessment" Risk Analysis, 24(2): 501-7.

ILO (1996). Management of alcohol- and drug-related issues in the workplace: an ILO code of practice. Geneva: International Labour Office.

Jernigan, D., Monteiro, M., Room, R. i Saxena, S. (2000). "Towards a Global Alcohol Policy: Alcohol, Public Health and the Role of WHO." Bulletin of the World Health Organization, 78(4): 491-99.

Klingemann, H. i Gmel, G. (2001). Alcohol and Its Social Consequences - the Forgotten Dimension, Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic Publishers on behalf of WHO-EURO.

Kühlhorn, E. i Trollidall, B. (2000). "The Process of Change During Sweden's Integration into the European Union." Pp.43-61 in Sweden and the European Union, Edited by Holder, H. D.. Stockholm: Almqvist & Wiksell International.

Lehto, J. (1995a). Approaches to alcohol control policy. WHO Regional Publications. European Series No 60. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Lehto, J. (1995b). The economics of alcohol policy. WHO Regional Publications, European Series, No. 61. WHO-EURO.

Lock, K. i McKee, M. (2005). "Commentary: Will Europe's Agricultural Policy Damage Progress on Cardiovascular Disease?" British Medical Journal, 331: 188-89. <http://bmj.bmjjournals.com/cgi/reprint/331/7510/188>

Lubkin, G. P. (1996). Is Europe's glass half-full or half-empty? The taxation of alcohol and the development of a European identity. Jean Monnet Working Papers. <http://www.jeanmonnetprogram.org/papers/96/9607ind.html>

Mamdouh, H. (2004). "The GATS and Domestic Regulation." http://www.wto.org/english/tratop_e/serv_e/workshop_march04_e/workshop_programme_march04_e.htm

Mattoo, A. (2004). "Domestic Regulation and Trade in Services: Designing GATS Rules." http://www.wto.org/english/tratop_e/serv_e/workshop_march04_e/workshop_programme_march04_e.htm

Montonen, M. (1996). Alcohol and the media. WHO Regional Publications. European Series No 62. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Nacions Unides (1976). Commentary on the Convention on Psychotropic Substances Done at Vienna on 21 February 1971. New York: United Nations. The Convention's text is at <http://www.incb.org/e/conv/1971/>

OMC. Committee on Trade and Environment (2002). GATT/WTO dispute settlement practice relating to GATT article XX, paragraphs (b), (d) and (g): a note by the Secretariat. WT/CTE/W/203.

OMS-EURO (1999). European alcohol action plan 2000-5. Copenhagen: European Office of the World Health Organization.

OMS-EURO (2005). Alcohol policy in the WHO European Region: current status and the way forward. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

OMS (2005). International trade and health: report by the Secretariat. EB116/4. http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB116/B116_4-en.pdf

OMS i OMC (2002). WTO agreements and public health: a joint study by the WHO and the WTO Secretariat. WTO Secretariat.

Organització Mundial de la Salut (1992). European Alcohol Action Plan 1992-1999. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Organització Mundial de la Salut (1995). European Charter on Alcohol. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Organització Mundial de la Salut (2000). European Alcohol Action Plan 2000-2005. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Österberg, E. (1993). "Implications for Monopolies of the European Integration." Contemporary Drug Problems, 20: 203-27.

Österberg, E. i Karlsson, T. (2002). "Alcohol Policies at the European Union Level." Alcohol policies in EU Member States and Norway: a collection of country reports, Edited by Österberg, E. and Karlsson, T. Helsinki: STAKES.

Partanen, J. i Montonen, M. (1988). Alcohol and the mass media. EURO Reports and Studies 108. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Plant, M. (1989). Alcohol-related problems in high risk groups. EURO Reports and Studies 109. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Pyne, H. H., Claeson, M. i Correia (2002). Gender dimensions of alcohol consumption and alcohol related problems in Latin America and the Caribbean. The World Bank. <http://wbIn0018.worldbank.org/LAC/LAC.nsf/ECADocByUnid/146220DF3DD411E885256C7D006D733E?Opendocument>

Rehn, N., Room, R. i Edwards, G. (2001). Alcohol in the European Region - Consumption, Harm and Policies, Copenhagen: WHO Europe.

Ritson, B. (1995). Community and municipal action on alcohol. WHO Regional Publications. European Series No 63. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Room, R. i West, P. (1998). "Alcohol and the US-Canada Border: Trade Disputes and Border Traffic Problems." Journal of Public Health Policy, 19: 68-87.

Secretariat of the Pacific Community (2005). Tobacco and alcohol in the Pacific Island Countries Trade Agreement: impacts on population health. Noumea, New Caledonia: Secretariat of the Pacific Community.

Sinclair, S. (2000). GATS: How the World Trade Organization's new "services" negotiations threaten democracy. Canadian Center for Policy Alternatives

Sinclair, S. i Grieshaber-Otto, J. (2002). Facing the facts: a guide to the GATS debate. Ottawa: Canadian Centre for Policy Alternatives

Slotboom, M. M. (2003). "Do Public Health Measures Receive Similar Treatment in EC and WTO Law?" Journal of World Trade, 37(3): 553-96.

Solco, IVO, Alcohol Concern, i SIA (2003). Alcohol and the workplace: a European comparative study on preventive and supportive measures for problem drinkers in their working environment. European Commission, DG Employment & Social Affairs.

Sutton, C. i Nylander, J. (1999). "Alcohol Policy Strategies and Public Health Policy at an EU-Level. The Case of Alcopops." Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift (Nordic Studies on Alcohol and Drugs), 16 (English supplement): 74-91.

The ASPECT Consortium (2004). Tobacco or health in the European Union: past, present and future. European Commission. ec.europa.eu/comm/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/tobacco_exs_en.pdf

Vingilis, E., Lote, R. i Seeley, J. (1998). "Are Trade Agreements and Economic Cooperatives Compatible With Alcohol Control Policies and Injury Prevention?" Contemporary Drug Problems, 25(Fall): 579-620.

Wallach, L. (2005). "Testimony of Lori Wallach, Public Citizen's Global Trade Watch. European Union Parliament, Committee on International Trade Hearing on the 'Doha Development Agenda,' 11 October 2005." www.ifg.org/analysis/wto/Wallach&GATS.pdf

Walsh, D. (1982). Alcohol-related medico social problems and their prevention. Public Health in Europe reports 17. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

World Bank Group (2000). World Bank Group note on alcohol beverages. <http://www.miga.org/screens/policies/arp/arp.pdf>

World Medical Association (2005). Statement on reducing the global impact of alcohol on health and society. 56th WMA general assembly, Santiago, Chile 15 October 2005. <http://www.wma.net/e/policy/a22.htm>

9 La política en matèria d'alcohol als països d'Europa

Tots els països de la Unió Europea (UE) tenen una sèrie de lleis i altres polítiques que situen l'alcohol al marge d'altres mercaderies comercialitzades en el seu territori, sovint per motius de salut pública. Aquestes polítiques tenen lloc en un entorn cultural determinat (vegeu el capítol 2) i també són adoptades i aplicades en el context del punt de vista de les persones sobre la política en matèria d'alcohol. Aquestes polítiques semblen estar majoritàriament a favor dels controls de la publicitat i el consum entre els joves, tot i que hi ha poca evidència en aquesta àrea. Allà on s'ha fet una investigació europea profunda, s'ha vist que la majoria de conductors europeus donen suport a una prohibició total del consum alcohòlic per als nous conductors, i molts d'ells estan a favor de la prohibició per a tots els conductors.

Malgrat la ubiqüitat de les polítiques en matèria d'alcohol, quasi la meitat dels països de la UE encara no tenen un pla d'acció o un organisme que coordini la política en matèria d'alcohol. Tot i això, la major part de països tenen programes per a un aspecte de la política en matèria d'alcohol, i els més comuns són els programes d'educació escolar. Així mateix, tots els països tenen algun tipus de restriccions relatives a la conducció sota els efectes de l'alcohol, i tots els països menys el Regne Unit, Irlanda i Luxemburg han adoptat el límit d'alcoholèmia màxima permès recomanat per la Comissió Europea (0,5 g/l). Malgrat tot, molts conductors europeus creuen que la probabilitat de ser identificats és molt baixa i un terç pensa que mai no els faran una identificació d'alcohol en aire expirat, tot i que aquesta percepció d'impunitat és inferior en països on es realitzen controls aleatoris.

En la major part dels països de la UE les vendes d'alcohol estan subjectes a restriccions, generalment a través de llicències i en algun cas a través de monopolis de venda al detall, mentre que sovint existeixen restriccions respecte al lloc de venda. Més d'un terç dels països (i algunes regions) limiten les hores de venda, mentre que uns pocs països tenen restriccions respecte als dies de venda o a la densitat dels establiments minoristes. Tots els països prohibeixen la venda d'alcohol a menors que no tinguin un cert límit d'edat en bars i pubs, tot i que quatre països no tenen cap política sobre la venda d'alcohol a menors als comerços. L'edat legal per a la venda d'alcohol varia a Europa, on els països del nord tenen un límit de 18 anys, i els del sud, de 16 anys.

El nivell de control del màrqueting de l'alcohol varia segons el tipus d'activitat mercantil. Els anuncis de cervesa a la televisió estan subjectes a restriccions legals (més enllà de les restriccions de contingut) a més de la meitat d'Europa, amb una prohibició total en cinc països. En 14 països està prohibit anunciar begudes destil·lades per televisió. En canvi, la publicitat en tanques publicitàries i la premsa escrita no està tan regulada, i un de cada tres països no té controls (sobretot als països de la UE10). Les restriccions més dèbils es troben en el patrocini esportiu, legalment restringit només a catorze països.

Una altra característica comuna a tots els països europeus són els impostos de les begudes alcohòliques, tot i que les taxes varien notablement d'un país a un altre. Un bon exemple és el vi, exempt d'impostos a quasi la meitat dels països, tot i que un de cada cinc tingui una taxa

d'impostos superior a 1.000 €, ajustada pel poder adquisitiu. En general, la taxa d'impostos mitjana més elevada es dona als països del nord d'Europa i la més baixa, als països del sud i en alguns països d'Europa central i de l'est. Quatre països han introduït també una taxa sobre els *alcopops* des de l'any 2004, que sembla haver reduït subseqüentment el consum.

Si es combinen les diferents àrees polítiques per construir una sola escala, s'observa una àmplia variació quant al rigor de la política en matèria d'alcohol, que va des dels 5,5 punts (Grècia) fins als 17,7 (Noruega), amb una mitjana de 10,8 dins d'un rang de 0-20. Les polítiques en matèria d'alcohol menys rigoroses es donen en els països del sud i en algunes parts de l'Europa central i oriental, i les més estrictes, als països del nord. Malgrat tot, la puntuació no decau de manera homogènia de nord a sud (França té una puntuació elevada). La majoria de països amb puntuacions altes de política també tenen alts nivells impositius, però hi ha algunes excepcions com França (amb una puntuació política alta però impostos baixos), Irlanda i el Regne Unit (ambdós amb una puntuació política baixa, però impostos alts).

En qualsevol cas, el panorama de la política en matèria d'alcohol actual és molt diferent del que s'observava fa cinquanta anys, amb uns nivells globals de política molt més semblants, en gran part a causa de la debilitat de les restriccions de disponibilitat als països del nord d'Europa. Malgrat tot, el principal factor de la unificació política és l'augment del nivell de la política en matèria d'alcohol a molts països, sobretot en l'àrea de conducció sota els efectes de l'alcohol, on tots els països tenen un límit legal d'alcoholèmia. El control del màrqueting, l'edat legal per comprar alcohol i les estructures públiques capaces d'elaborar una política en matèria d'alcohol són així mateix molt més comunes a l'any 2005 que el 1950. Així doncs, mentre els països europeus es troben al capdavant del món en restriccions sobre la publicitat impresa i els límits de conducció sota els efectes de l'alcohol, és menys probable que tinguin impostos més alts o controls de disponibilitat, com els límits en els dies i hores de venda o les llicències per a la venda d'alcohol al detall.

El context social de les polítiques en matèria d'alcohol

Ja s'ha dit anteriorment al capítol 8 que les polítiques en matèria d'alcohol s'han de tenir en compte en un marc internacional. De manera semblant, l'entorn social i polític dins d'un país construeix i és construït per les polítiques nacionals de l'alcohol. De manera àmplia això inclou la cultura contemporània i els canvis culturals d'època (com l'augment de la respectabilitat al segle XVIII), però, almenys pel que s'observa en aquest informe, es debaten a tot arreu (vegeu els capítols 2 i 4). La comparació de les polítiques en matèria d'alcohol a Europa, per tant, comença estudiant un aspecte més delimitat, la percepció pública de les polítiques en matèria d'alcohol.

Actituds públiques

Les percepcions públiques de les accions i responsabilitats relacionades amb l'alcohol són clarament importants per al disseny de polítiques, on els qui elaboren les polítiques contribueixen a aquestes percepcions i els donen una resposta (vegeu Simpura [et al.], 1999 sobre un debat d'actituds diferents a l'elit social). Malauradament, el treball europeu que

compara les actituds públiques s'ha restringit a dues àrees: la conducció sota els efectes de l'alcohol i si la gent està d'acord amb l'afirmació que «*el govern té la responsabilitat de minimitzar la quantitat consumida per la gent*». Sobre l'últim aspecte, gent d'Itàlia, Suècia, Polònia i els Països Bàltics (i França en menor mesura) estaven d'acord que el govern tenia la responsabilitat, mentre que gent d'Alemanya i Finlàndia no hi estaven d'acord (Hemström, Leifman i Ramstedt, 2001; Reitan, 2003). Les persones que van respondre la pregunta al Regne Unit tenien opinions enfrontades sobre la responsabilitat del govern per minimitzar el consum de les persones, però estaven molt d'acord en un altre estudi que el govern tenia la responsabilitat de reduir «el consum de risc d'alcohol» (estudi fet per a l'Institut d'Estudis de l'Alcohol per NOP Market Solutions, 2000). Malgrat tot, aquest mètode general només utilitzava una pregunta amb molts significats possibles, i també es va qüestionar la fiabilitat dels resultats a l'oest d'Europa de l'enquesta ECAS (vegeu el capítol 4).

Les comparacions més fiables es troben en l'àrea de la política per reduir la conducció sota els efectes de l'alcohol, on una sèrie de grans projectes finançats parcialment per la Comissió Europea han observat nombrosos riscos de seguretat viària (Sartre, 1995; Sartre, 1998; Sardi i Evers, 2004). El més extens d'aquests va trobar que una majoria aclaparadora (82%) de conductors a la UE creien que hi hauria d'haver una prohibició total del consum alcohòlic per als conductors novells, i el suport a aquesta afirmació havia augmentat amb més d'un 10% des de mitjan dècada dels noranta. Un nombre lleugerament inferior de conductors de la UE15 (40%) creien en una prohibició total per a tots els conductors, tot i que set països de la UE10 estaven a favor d'aquesta mesura en conjunt, amb una clara majoria a la República Txeca, Hongria i Eslovàquia, on aquestes prohibicions ja existeixen. La Recomanació de la Comissió d'una taxa màxima d'alcoholèmia de 0,5 g/l (vegeu el capítol 8) també es percep de manera positiva. Els països que ja tenen aquest límit ho veuen més favorablement i tres quarts d'aquests països amb una taxa d'alcoholèmia de 0,8 g/l també hi estan a favor. Només a Xipre (on la conducció sota els efectes de l'alcohol és més comuna, vegeu el capítol 6) i als països amb límits que ja estan per sota de 0,5 g/l el nivell de suport d'aquest límit d'alcoholèmia se situava a la meitat de la població o per sota.

A banda d'aquestes àmplies comparacions, hi ha hagut un petit nombre d'estudis que han observat els països aïllats o petits grups de països, tot i que s'hauria de remarcar que aquests estudis sovint són difícils d'interpretar i alguns d'ells tenen debilitats metodològiques (vegeu la discussió en la primera revisió de Crawford, 1987). Per afegir encara més problemàtica, els resultats de les enquestes d'opinió o de les enquestes d'actituds depenen de com es formula la pregunta, i les enquestes d'opinió poden mostrar grans oscil·lacions en períodes relativament curts de temps. Per exemple, una investigació feta per l'Institut Nacional de Salut Pública de Suècia va veure que només el 36% dels enquestats estaven en contra que es venqués cervesa, vi o licors forts als supermercats, però això es va duplicar fins a un 72% quan s'informava a la gent de l'augment estimat de la violència relacionada amb l'alcohol i el consum alcohòlic entre els adolescents (citada a Mäkelä [et al.], 1999). Si es té això en compte, però, sembla que hi ha algunes semblances a tot Europa respecte a les actituds públiques, especialment pel que fa a les restriccions de publicitat i les polítiques orientades als joves.

Els controls de publicitat sembla que tenen un ampli suport a Europa, on almenys dos terços dels enquestats es mostren a favor d'algun tipus de restricció parcial a Irlanda, Letònia i Estònia, juntament amb una majoria més petita a favor a Polònia i suport indicatiu en una petita

mostra de gent jove a Anglaterra (Baltic Data House, 2001; Reitan, 2003; Grup de Treball Estratègic sobre l'Alcohol, 2004; Hanekom, 2004).¹ La mesura més forta relativa a una prohibició completa sobre la publicitat de l'alcohol és aprovada per una mica més de 4 de cada 10 ciutadans a Rotterdam el 1994 i 2 de cada 10 ciutadans al Regne Unit l'any 2000 (Pendleton, Smith i Roberts, 1990; Bongers, 1998; NOP Market Solutions, 2000).

Les restriccions més fortes per al consum alcohòlic entre els joves també tendeixen a tenir un ampli suport, on s'inclou una edat mínima per comprar alcohol d'almenys 18 anys (Rotterdam, Regne Unit), una prohibició perquè els nens no entrin als pubs després de les 7 de la tarda (Irlanda) i més aplicació de l'edat legal per comprar alcohol (al Regne Unit; vegeu Pendleton, Smith i Roberts, 1990; Lancaster i Dudleston, 2002; i més recentment BBC News Online, 2004). No es va proposar cap mesura política en la comparació amb els Països Bàltics i Polònia, però l'àmplia percepció del consum entre els nens i els joves com el problema més greu relacionat amb l'alcohol (67-81% dels enquestats creien que era molt greu) indica que una política que tingués el mateix objectiu també tindria l'aprovació pública (Reitan, 2003). De manera similar, el 94% d'una mostra a Escòcia pensava que el consum alcohòlic entre els menors d'edat al seu país era problemàtic, una percepció que van confirmar nombrosos enquestats que no tenien l'edat legal mínima per consumir alcohol (Kara i Hutton, 2003).

En altres àrees els resultats de la recerca són més ambivalents. Es va veure el desig de tenir una disponibilitat més gran d'alcohol (com per exemple vendes d'alcohol fora dels comerços del monopoli) a l'acabament del segle xx a Finlàndia, Noruega i Suècia, tot i que s'ha reduït lleugerament els últims anys (Olsson, Nordlund i Järvinen, 2000). Per contra, hi ha una forta aprovació per a un monopoli de venda d'alcohol al detall a Polònia i els Països Bàltics, i un referèndum que es va dur a terme a la capital d'Estònia, Tallinn, va donar com a resultat un suport ferm a la prohibició de les vendes d'alcohol entre les 11 de la nit i les 8 del matí.² Hi ha punts de vista diferents per reduir el nombre de comerços que venen alcohol, mesura que té el suport de Letònia (vegeu també Koroleva, 2005), contràriament a Lituània i els Països Baixos (i possiblement també Dinamarca, vista la seva gran satisfacció amb el nombre de restaurants i cafès, Elmeland i Villumsen, 2005) i té suport dividit a Polònia i Estònia. En molts estudis de la majoria de polítiques, els bevedors amb consum de risc eren el grup que més probablement estaven en contra d'una mesura política (Hemström, Leifman i Ramstedt, 2001; Hemström, 2002; Reitan, 2003; Grup de Treball Estratègic sobre l'Alcohol, 2004; BBC News Online, 2004).

Com a conclusió, es pot afirmar que s'ha fet poca recerca per valorar les actituds públiques envers les polítiques en matèria d'alcohol a Europa. És possible que les restriccions en el consum dels joves i la publicitat tinguin més suport que altres mesures, però cal més recerca en aquest àmbit abans de poder fer aquesta afirmació amb un cert grau de confiança. Només en l'àrea de conducció sota els efectes de l'alcohol es disposa de dades fiables, les quals mostren que la majoria de conductors de la Unió Europea (UE) donen suport a una prohibició total del consum per als nous conductors.

¹ Els enquestats a Lituània no estaven d'acord amb les restriccions de publicitat, però hi ha incertesa pel que fa a la fiabilitat d'aquestes dades tenint en compte l'alt nombre de persones que responien «no ho sé» (Reitan, 2003).

² Informació de la representació d'Estònia a la Xarxa de Política en Matèria d'Alcohol.

La política en matèria d'alcohol als països d'Europa

De manera diferent, les polítiques adoptades per un país també són un baròmetre de la resposta envers l'alcohol, i tenim la sort de disposar de dades molt millors que les enquestes d'opinió. Això permet comparar les polítiques unes amb les altres en nombroses àrees clau, així com comparar el «nivell global» de la política en matèria d'alcohol a tots als països i a Europa en conjunt (vegeu la figura 9.1 per tenir una guia d'aquestes comparacions).

Aquestes dades provenen de l'Informe Global de la Política en Matèria d'Alcohol (OMS, 2004) actualitzat per la Xarxa de Polítiques en Matèria d'Alcohol i cofinançat per la Comissió Europea.³ Malgrat tot, per a alguns països aquestes polítiques es decideixen en l'àmbit regional més que en l'àmbit nacional, la qual cosa significa que no hi ha una edat mínima única per comprar alcohol a Espanya, per exemple. En aquests països (especialment Àustria, Espanya i Suïssa) la política regional menys estricta s'utilitza per representar la situació nacional, ja que es pensava que reflectia millor la resposta del país més que no pas la regió més rigorosa. Malgrat tot, allà on una política més rigorosa és molt més usual es remarca.

El marc per a la política

El punt de sortida per tractar l'alcohol en l'àmbit d'un país és definir què és una beguda alcohòlica. Tot i que hi ha definicions acordades internacionalment sobre l'alcohol amb l'objectiu de classificar-ne el comerç (vegeu el capítol 1), molts països van més enllà per als objectius de les seves lleis sobre l'alcohol.

Quadre 9.1: Marc per a la política

- La majoria de països estableixen que l'alcohol té menys d'un 2% de volum absolut.
- Menys de la meitat dels països no tenen un pla d'acció o una política de coordinació.
- Gairebé tots els països tenen programes escolars «moderadament desenvolupats».

En general, els països d'Europa es troben en la franja de definició «baixa» de l'Organització Mundial de la Salut, que defineix el nivell màxim d'alcohol per a una beguda no alcohòlica en un 2% o menys de concentració d'alcohol. Malgrat tot, diferents països (tots del nord d'Europa) tenen definicions lleugerament més altes d'un 2-3%, mentre que Romania i Eslovàquia no defineixen l'alcohol d'aquesta manera en cap moment. Hongria és clarament anòmla en aquest context, on la seva definició del 5% de concentració alcohòlica (per

³ Les dades de la Xarxa de la Política en Matèria d'Alcohol es van rebre entre novembre del 2004 i febrer del 2005, i es poden consultar públicament a <http://www.eurocare.org/countryreports/index.html>; també es van comprovar i substituir ocasionalment segons la Base de Dades de Control de l'Alcohol de l'OMS-EURO (<http://data.euro.who.int/alcohol>). Les dades conflictives es tracten al text principal si afecten les conclusions extretes.

sobre del nivell de la majoria de cerveses) només és sobrepassada de manera significativa per dos altres països al món. En comparació, la definició de la UE de l'alcohol per a finalitats impositives és d'un mínim de 0,5% de concentració d'alcohol (per a la cervesa) o d'un 1,2% (per a la resta de begudes).⁴



Figura 9.1: Guia per a l'organització de les comparacions de la política en matèria d'alcohol en aquest capítol.

A més, l'estructura de la política en matèria d'alcohol és una base útil per a les lleis específiques que s'expliquen més endavant. En una mica més de la meitat dels països aquesta estructura implica un pla d'acció i/o un organisme coordinador, però encara hi ha nombrosos països a tot Europa que deixen la política en matèria d'alcohol per als departaments més generals. L'Informe Global de l'Estat de l'Alcohol també dona l'opinió del país sobre els programes de sensibilització de l'alcohol, i això és una indicació útil de l'activitat del govern, però només és una mesura subjectiva. Tenint en compte això, sembla més probable que els estats de la UE15 hagin desenvolupat millors campanyes al lloc de treball i campanyes per evitar la

⁴ Molts països també tenen definicions per a les begudes de baix nivell d'alcohol (especialment la cervesa) que estan subjectes a menys restriccions. Per exemple, només la cervesa per sota del 4,2% de concentració d'alcohol es pot vendre als trens a la República Txeca. Per motius d'impostos, les definicions de la UE de la concentració més alta per a les begudes de baix nivell d'alcohol són 2,8% per a la cervesa i 8,5% per al vi i els productes semielaborats. Els detalls de les definicions de la graduació normal i baixa es poden veure a 92/83/CE.

conducció sota els efectes de l'alcohol que els estats de la UE10. D'altra banda, només dos països, Grècia i Portugal no tenen programes relacionats amb l'alcohol «moderadament desenvolupats» a les escoles, la qual cosa indica que els estats de la UE10 han desenvolupat bé les campanyes de sensibilització en algunes àrees malgrat quedar-se enrere en altres.

Entorns de risc: la conducció i el treball

Una de les actuacions més comunes en la política en matèria d'alcohol és restringir el consum alcohòlic en situacions inadequades i sovint aquestes actuacions són dutes a terme per organitzacions amb competències més àmplies. L'exemple més usual d'això es troba en la conducció sota els efectes de l'alcohol, on les asseguradores i les organitzacions de seguretat viària han vist l'alcohol com un factor de risc molt important per al dany relacionat amb la conducció i la mort. D'acord amb la Recomanació de la Comissió presentada al capítol 8, la majoria dels països de la UE15 tenen una taxa d'alcoholèmia màxima de 0,5 g/l, tot i que el Regne Unit, Irlanda i Luxemburg continuen tenint un límit més alt. Els límits als de la UE10 tendeixen a ser encara més baixos, tres països (la República Txeca, Hongria i Eslovàquia, així com Romania) prohibeixen el consum alcohòlic en els conductors i tres més tenen nivells més baixos que la majoria dels estats de la UE15. Fora de la UE, la comunitat internacional tendeix cap a un límit de 0, tot i que substancialment és més probable que hi hagi taxes d'alcoholèmia que estiguin per sobre de la Recomanació de la UE i menys països que estiguin entre els dos extrems. Alguns països europeus també tenen taxes d'alcoholèmia diferents per a grups diferents, com el límit de 0,3 g/l per als conductors novells i conductors professionals a Espanya.

Tal com s'ha remarcat al capítol 7, un component essencial d'una política per reduir la conducció sota els efectes de l'alcohol efectiva és l'aplicació, especialment amb l'ús del control aleatori d'alcoholèmies. Existeixen dades disponibles de les possibilitats percebudes pels conductors que els fessin una identificació d'alcohol en aire expirat en el projecte SARTRE, que ha estat parcialment finançat per la Comissió Europea (Christ, 1998; Sardi i Evers, 2004). Als 21 països de la UE (i Suïssa) gairebé el 30% dels conductors creuen que mai no els faran una identificació d'alcohol en aire expirat, i un 45% creu que rarament li faran. Això es correspon en gran mesura amb les experiències dels conductors als qui els han fet una identificació d'alcohol en aire expirat, on més del 70% dels conductors afirmaven que no havien estat sotmesos a una prova d'alcoholèmia en els últims tres anys.

Quadre 9.2: Entorns de risc

- Només 3 països de la UE tenen una taxa d'alcoholèmia superior a 0,5 g/l.
- Tres quartes parts dels conductors creuen que rarament o mai els faran una identificació d'alcohol en aire expirat. Les probabilitats percebudes de sotmetre's a una prova són més altes en països on es fa el control aleatori d'alcoholèmies.
- Les prohibicions de l'alcohol al lloc de treball són més usuals a la UE10, però el control voluntari és més popular a la UE15.

Tot i que les probabilitats percebudes i l'experiència dels controls són més baixes en alguns països que en d'altres, no sembla haver-hi cap patró geogràfic coherent. Per exemple, els conductors d'Itàlia, Espanya i Grècia perceben probabilitats baixes, i els del Regne Unit, Polònia i Suècia també; mentre que els de França, Portugal i Eslovènia creuen que tenen probabilitats més altes. En contrast amb l'anàlisi de l'OMS sobre els índexs comunicats per part dels països, no hi ha correlació a Europa entre la taxa d'alcoholèmia i els nivells percebuts d'aplicació. Malgrat tot, una política amb control aleatori d'alcoholèmies (vegeu el capítol 7) representava una diferència important per a les experiències i percepcions dels conductors respecte als controls d'alcohol. En els sis països del projecte SARTRE on el control aleatori d'alcoholèmies no estava permès (Alemanya, Irlanda, Itàlia, Polònia, el Regne Unit i Suïssa)⁵ el 86% dels conductors no havien passat cap control durant els últims tres anys en comparació amb el 65% de la resta de països. L'efecte era encara més notable per a les percepcions dels conductors: en els països on es realitzava el control aleatori d'alcoholèmies, el 22% dels conductors pensaven que mai s'haurien de sotmetre a un control, en comparació amb més del doble d'aquesta xifra (46%) als sis països sense control aleatori d'alcoholèmies.

Un altre entorn on normalment existeixen restriccions és el lloc de treball, probablement a causa de la disminució de la producció i un risc més gran d'accidents al lloc de treball entre les persones que han consumit alcohol. Als països de la UE10 aquestes restriccions són sinònimes d'una prohibició total del consum alcohòlic al lloc de treball, mentre que a la UE15 es prefereix l'acció voluntària o local. Malgrat l'absència de controls a Grècia (així com a Suïssa), és molt més probable que la UE faci almenys un control voluntari de consum alcohòlic al lloc de treball en comparació amb la resta del món, tot i que igual que passa amb la conducció sota els efectes de l'alcohol això és menys probable que resulti en una prohibició total. De manera semblant, les prohibicions del consum alcohòlic en institucions educatives, sanitàries i governamentals normalment estan prohibides i segueixen un patró gairebé idèntic a Europa.

Una última àrea on el consum alcohòlic sovint està restringit són els espais públics com els parcs i els carrers. Això sembla estar menys motivat per prevenir el consum perjudicial d'alcohol i més orientat a evitar el desordre públic, les molèsties i el comportament antisocial. Com a tal, sovint té una base legal en països on hi ha una gran preocupació pública pel comportament antisocial, bàsicament a l'est i el nord d'Europa (per exemple, Bèlgica o Letònia). Arreu hi ha una tendència més o menys semblant de no imposar restriccions o deixar aquestes decisions en mans de l'àmbit local perquè es puguin adaptar a la situació particular d'una localitat. Pel que fa a les restriccions al lloc de treball, és més probable que la UE en conjunt tingui una política de consum als espais públics que la resta del món, però és menys probable que tingui una prohibició total del consum públic d'alcohol (una política recolzada a Europa només per Letònia).

Restriccions del mercat

Els monopolis de venda al detall són relativament poc freqüents dins la UE, com s'ha vist especialment a partir dels casos a Europa durant els últims 15 anys que s'han tractat al capítol 8 (Österberg i Karlsson, 2002), i fins i tot han fet que els països els privatitzessin abans

⁵ Suïssa va introduir el control aleatori d'alcoholèmies (així com una taxa de 0,5 g/l i penes «progressives») l'1 de gener del 2005 (vegeu el Butlletí de Notícies de l'Aplicació del Consell sobre el Transport Europeu de desembre de 2004) (www.etsc.be).

d'iniciar les negociacions per adherir-se a la UE, com és el cas de Turquia el 2003. Només els 4 països del nord d'Europa mantenen un monopoli de venda al detall adaptat a les necessitats de la UE o l'Associació Europea de Lliure Comerç (AELC). Per contra, a la majoria de països es requereixen llicències especials per vendre alcohol. Una minoria de països no requereixen llicències per a la venda de qualsevol beguda alcohòlica i aquests generalment se situen en una àrea geogràficament contínua al centre i l'est d'Europa (Àustria, Bèlgica, la República Txeca, Alemanya, la República Eslovaca, Eslovènia, Suïssa i també Espanya).

Es pot observar un patró similar per a les restriccions de venda d'alcohol per consumir dins dels establiments (malauradament no es disposa de dades per comparar-les amb les restriccions de venda d'alcohol per consumir fora dels establiments). La política més usual és restringir els llocs on es pot vendre alcohol (per exemple, a menys de 500 m d'una escola), que es duu a la pràctica a molts països. Onze dels països estudiats restringeixen les hores de venda (Letònia exclou la cervesa), mentre que sis països restringeixen els dies de venda i cinc regulen la densitat dels establiments de venda d'alcohol al detall (les dades de la UE indiquen nou, tres i quatre països respectivament).⁶

De nou, un conjunt de països del nord i del centre d'Europa no tenen cap d'aquestes restriccions (Àustria, la República Txeca, Alemanya, Luxemburg i Eslovàquia) juntament amb diferents països del sud d'Europa (Portugal, Itàlia, Grècia i també Espanya). En comparació, Suècia, Finlàndia i Noruega tenen tots els tipus de restriccions (tot i que no per a totes les begudes). Ara bé, això no s'hauria d'entendre com una simple divisió cultural o geogràfica, ja que França, per exemple, té restriccions de densitat i de lloc que no existeixen a Dinamarca i Islàndia, mentre algunes regions d'Espanya també controlen estrictament les vendes fora dels establiments amb llicència.

Dels 14 països amb informació sobre com s'apliquen aquestes restriccions, només dos (Hongria i Romania) descriuen una aplicació poc freqüent o inexistent. Tot i que aquestes opinions dels països s'han de tractar amb certes precaucions, indiquen que l'aplicació és millor a Europa que a la resta del món, a excepció d'Amèrica del Nord.

Control de les vendes als joves

Al marge de les restriccions generals de disponibilitat, tots els països estudiats han decidit que només les persones que tinguin una certa edat poden comprar alcohol (taula 9.1). Aquesta política divideix Europa clarament en dues parts: els països nòrdics, Dinamarca, el Regne Unit, Irlanda i els països de la UE10 tenen una edat mínima de 18 anys per comprar cervesa en un bar, mentre que la resta de la UE15 opta per una edat més baixa, 16 anys (les úniques excepcions parcials són Malta (a 16 anys), Grècia (17), tres quarts de les regions espanyoles (18) i Islàndia (20)) (vegeu les figures 9.2 i 9.3). El buit és fins i tot més sorprenent per a les vendes als comerços, on alguns països del sud i del centre a vegades no tenen una edat mínima, en comparació amb els països del nord, que posen el límit als 18-20 anys, igual que abans. Aquesta imatge varia lleugerament quan es tracta de comprar licors en comptes de cervesa o vi (tant per al consum dins com fora dels establi-

⁶ La llei de llicència del 2003 entra en vigor a Anglaterra i a Gal·les al final del 2005; s'ha utilitzat la situació l'1 de gener de 2005 per comparar, tot i que els canvis legals s'han de tenir en compte.

ments) ja que això té un tractament més estricte en alguns dels països del centre d'Europa i només s'observen edats més baixes als països del sud d'Europa.

Quadre 9.3: La gent jove

- A tot arreu s'ha adoptat una edat mínima d'entre 16-20 anys per comprar alcohol en els bars.
- Les edats mínimes normalment són més baixes al sud que al nord d'Europa.
- Quatre països no tenen restriccions sobre la venda d'alcohol als nens als comerços.

També és evident que entre els països hi hagi diferències quant als tipus i els llocs on es ven alcohol pel que fa als joves. Sorprenentment, la majoria de països tracten els licors de manera més rigorosa que la cervesa o el vi, amb l'excepció de la UE10, on les begudes es tracten per igual. De la mateixa manera, nombrosos països tenen una política molt més laxa per a la venda d'alcohol per consumir fora dels establiments que dins dels establiments i redueixen l'edat per comprar als comerços (Dinamarca) o simplement abandonen la restricció d'edat completament (Bèlgica, Grècia, Luxemburg, Malta), tot i que en comparació, l'edat mínima a Suècia augmenta de 18 a 20 anys per a la venda als comerços. En comparació amb la resta del món (només per a la cervesa, tant dins com fora dels establiments), és molt més probable que els estats de la UE tinguin una edat mínima per comprar alcohol. Malgrat tot, els països que tenen aquesta política trien un límit d'edat més elevat que el límit de mitjana a la UE. Una edat legal per comprar de 16 anys és virtualment única a la UE.

Taula 9.1: Edat legal per comprar alcohol a Europa.

C = cervesa	Edat mínima legal					Edat mínima legal			
V = vi	Dins dels establiments		Fora dels establiments			Dins dels establiments		Fora dels establiments	
L = licors	C i V	L	C i V	L		C i V	L	C i V	L
Àustria	16	16-18	16	16-18	Lituània	18	18	18	18
Bèlgica	16	18	Cap	18	Luxemburg	16	16	Cap	Cap
Bulgària	18	18	18	18	Malta	16	16	Cap	Cap
Rep. Txeca	18	18	18	18	Països Baixos	16	18	16	18
Dinamarca	18	18	16	16	Noruega	18	20	18	20
Estònia	18	18	18	18	Polònia	18	18	18	18
Finlàndia	18	18	18	18	Portugal	16	16	16	16
França	16	16	16	16	Romania	18	18	18	18
Alemanya	16	16	16	18	Eslovàquia	18	18	18	18
Grècia	17	17	Cap	Cap	Eslovènia	18	18	18	18
Hongria	18	18	18	18	Espanya	16-18*	16-18*	16-18*	16-18*
Islàndia	20	20	20	20	Suècia	18	18	20	20
Irlanda	18	18	18		Suïssa	16	18	16	18
Itàlia	16	16	16	16	Turquia	18	18	18	18
Letònia	18	18	18	18	Regne Unit	18	18	18	18

* L'edat mínima legal a Espanya és de 18 anys excepte a 4 regions.

Font: Informe Global de l'Estat de les Polítiques en Matèria d'Alcohol (OMS, 2004) i actualitzacions de la Xarxa de Política en Matèria d'Alcohol, amb cofinançament de la Comissió Europea.

Mentre l'edat legal per comprar alcohol ha demostrat ser una política efectiva (vegeu el capítol 7), els nivells d'aplicació semblen variar molt dins Europa si s'observa la dèbil relació entre la disponibilitat percebuda i l'edat mínima obligatòria.⁷ La cervesa és vista com el tipus de beguda més abundant, i es veu com a fàcilment disponible per a més del 90% d'estudiants de tot arreu (excepte França i Turquia). Els estudiants pensen que els licors són molt menys abundants, però més del 80% dels estudiants creu que és fàcil trobar-ne en alguns països (per exemple, Itàlia, la República Txeca). Només als països nòrdics i Bàltics (i Turquia) les estadístiques van disminuir de manera significativa.

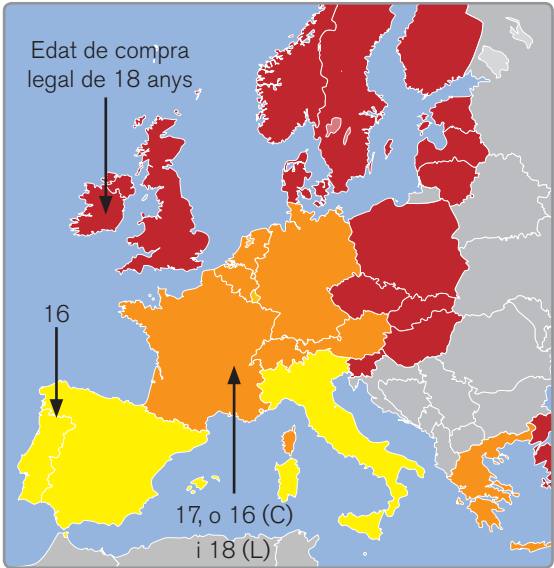


Figura 9.2: Edat mínima legal per comprar als bars.
Font: OMS, 2004 i XPA.

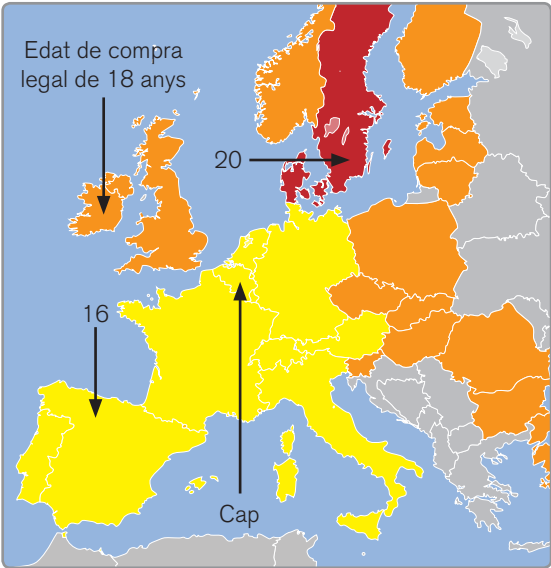


Figura 9.3: Edat mínima legal per comprar cervesa als comerços.
Font: OMS, 2004 i XPA.

Volum de màrqueting de l'alcohol

Atès el gran nombre de mitjans que fan màrqueting de l'alcohol, es va decidir restringir l'anàlisi a tres dels mitjans més importants: la televisió nacional, la premsa escrita i les tanques publicitàries, així com les restriccions als actes de patrocini esportiu. Per a cada un d'aquests, les fonts de cada país van indicar si hi havia:

- *Acords voluntaris* (on també s'inclouen poders delegats a les regions)
- *Legislació parcial* (per hores, tipus de programa/revista, límits de saturació o ubicació de l'anunci, però no s'inclouen les restriccions de contingut com les de la Directiva Televisió sense Fronteres (TVWF), vegeu el capítol 8).
- *Una prohibició total* en la publicitat de l'alcohol.

⁷ La disponibilitat percebuda són les opinions afirmades pels estudiants de 15-16 anys a l'estudi ESPAD 2003 (vegeu el capítol 4).

Atès que la definició utilitzada per a legislació parcial no inclou les restriccions de contingut i que tots els estats membres estan legalment obligats a posar restriccions de contingut d'acord amb la Directiva de la TVWF, cal recordar que el debat en aquest cas es concentra en les restriccions de volum/ubicació del màrqueting més que en el seu contingut.

Quadre 9.4: Controls del volum de màrqueting

- Els anuncis de televisió es controlen per la llei a més de la meitat d'Europa, on s'inclouen prohibicions totals a cinc països.
- Un de cada tres països (especialment als països de la UE10) no tenen controls dels anuncis impresos o de les tanques publicitàries.
- Només set països tenen restriccions legals sobre el patrocini esportiu.

Els anuncis de televisió sobre l'alcohol estan subjectes a un control legal a més de la meitat dels països d'Europa, tot i que existeix una prohibició completa a només cinc països (dels quals només França i Suècia són de la UE).⁸ Els acords voluntaris són relativament usals a la UE15, però aquests no existeixen als països de la UE10, on molts països no tenen cap tipus de control. Igual que amb l'edat legal de compra, els estats de la UE (especialment els països de la UE10) controlen la publicitat dels licors de manera molt més estricta que la publicitat de vi o cervesa, fins al punt que és més probable que els estats de la UE tinguin prohibicions totals dels licors en comptes de restriccions parcials, acords voluntaris o absència de restriccions individualment (tot i que no de manera combinada). Aquest canvi entre els tipus de beguda també és molt més notable que a la resta del món, la qual cosa significa que els països que no formen part de la UE és més probable que tinguin prohibicions totals de la publicitat de cervesa a la televisió que els estats de la UE, però és menys probable que tinguin prohibicions per als licors.

El control de la publicitat de l'alcohol a la premsa escrita o a les tanques publicitàries és notablement menys freqüent que el control a la televisió i 1 de cada 3 estats europeus no tenen cap política respecte a aquests mitjans. Molts dels entorns no controlats de publicitat es troben a l'est d'Europa (els estats membres de la UE10, Bulgària i Romania). Com abans, els estats membres de la UE15 tenen moltes vegades acords voluntaris. Només Grècia, Luxemburg i Portugal no en tenen. Internacionalment, els nivells d'acords voluntaris només representen un terç de la UE, tot i que tant la prohibició com la liberalització total s'utilitza molt més freqüentment. Les restriccions imposades per als licors són menys usals per a la televisió però s'utilitzen a cinc països per a la publicitat escrita i a quatre països per a les tanques publicitàries. El més sorprenent és que mentre només Noruega té una prohibició total dels anuncis impresos d'alcohol, tres països més tenen prohibicions específiques per als licors (Finlàndia, Polònia i Eslovènia).

⁸ A Dinamarca hi ha una prohibició total en un dels canals estatals, però la publicitat de l'alcohol no està regulada als altres canals comercials nacionals.

El patrocini representa una altra manera perquè els productors d'alcohol i els establiments de venda al detall puguin relacionar les marques amb estils de vida atractius (vegeu el capítol 7). Malgrat tot, els controls del patrocini són lleugerament menys generalitzats que els controls de la publicitat a la televisió i només set països tenen restriccions legals sobre el patrocini d'esports juntament amb restriccions voluntàries a cinc països més. Els controls legals sobre el patrocini d'actes juvenils són encara menys freqüents i només s'adopten a sis països (Finlàndia, França, Noruega, Polònia, Letònia i Suïssa). En ambdós casos, la UE té més probabilitats de tenir algun tipus de política que la resta del món però té menys probabilitats de tenir restriccions legals, especialment prohibicions totals.

Impostos i preus

Els impostos constitueixen una política especialment difícil de comparar entre els països a causa de la complexitat del seu càlcul, així com de les dificultats a l'hora de comparar valors monetaris en diferents contextos. Per tractar això s'han utilitzat tres mètodes:

- 1 Les taxes en euros (€) es van calcular per a una graduació «estàndard» de cada tipus de beguda.⁹ Els nivells d'impostos mostrats són per a una determinada quantitat d'alcohol més que per a la beguda original (per exemple, per un hectolitre d'alcohol pur més que una ampolla de vi), la qual cosa permet comparar l'impost sobre l'alcohol.
- 2 Aquestes dades es van traduir a la «paritat del poder adquisitiu (PPA)» per tenir en compte els diferents costos a diferents països, amb la qual cosa s'obtindria una comparació més real de l'impacte dels impostos en els ciutadans de cada país.¹⁰
- 3 Finalment, l'informe de l'OMS va demanar als representants de cada país que l'impost específic de l'alcohol s'expressés com el percentatge del preu de venda al comerç. Aquestes dades són menys fiables i només cobreixen 14-19 països de la UE (depenent de la beguda), però permeten fer una anàlisi de com es relaciona la UE amb la resta del món.

Comparació de les taxes d'impostos a Europa

Observant la **cervesa** i utilitzant el primer mètode, es pot observar que la taxa d'impostos varia àmpliament a la UE (de 181 € a Espanya a 1.987 € a Irlanda) i fins i tot més en altres països estudiats (a Noruega és de 4.335 €). Aquesta variació només es redueix lleugerament quan s'ajusta el poder adquisitiu, que a la majoria de països se situa entre 150-700 € i després fa un salt a 1.250 € a set països, en una escala creixent. Ajustats segons el poder adquisitiu, els impostos més baixos es troben al sud d'Europa, Romania i països d'Europa central (per exemple Alemanya) on els impostos són menors de 400 € de PPA per hectolitre d'alcohol pur. En altres parts de la UE¹⁰ i a Europa central els impostos se situen entre 400 i 1.000 € de PPA, amb taxes més altes a Polònia i els Països Bàltics (1.000-1.500 € de

PPA). Els valors més alts (més de 1.500 € de PPA) es troben al nord d'Europa, el Regne Unit i Irlanda. En comparació amb la resta del món (utilitzant el tercer mètode de les dades de l'OMS) aquestes taxes impositives són més baixes que fora d'Europa, on 1 de cada 3 països se situa en la franja «baixa» establerta per l'OMS (menys del 10% del preu) en comparació amb 1 de cada 5 a la resta del món, i només 1 de cada 14 països de la UE es troba dins del grup «alt», en comparació amb 1 de cada 4 països a escala mundial.

Per al **vi**, les xifres canvien de manera substancial. La mitjana de prop de 800 € és la mateixa que per a la cervesa, però la meitat d'Europa no té cap impost sobre el vi. Fins i tot entre els països que tenen impostos per sobre de zero la variació és enorme. Per exemple, Hongria i França situen l'impost del vi en menys de 60 € de PPA en comparació amb un impost de més de 1.000 € de PPA a un 20% d'altres països. El patró resultant és clar: cap país situat al sud de Polònia té un impost considerable sobre el vi (inclosos Alemanya i Àustria), mentre que les taxes més altes es troben al nord d'Europa, el Regne Unit, Irlanda i els Països Bàltics. No és sorprenent doncs, que Europa tingui impostos molt baixos per al vi en comparació amb la resta del món, amb un 57% dels països a la franja «baixa» (en comparació amb el 21% d'altres llocs) i només un 11% a la franja «alta» (en comparació amb el 33% d'altres llocs). Sorpren que la taxa d'impostos de PPA a Hongria, que és molt baixa, representi un percentatge molt alt del preu total, ja que els preus del vi són molt baixos en aquest país.

En comparació amb el vi i la cervesa, els **licors** tenen impostos molt més elevats: les taxes de mitjana d'€ i d'€ de PPA es troben al voltant de 2.000, que és prop de dues vegades i mitja la d'altres begudes. La taxa de PPA més baixa per als licors (650 € de PPA a Xipre) encara és més alta que les taxes d'impostos del vi i la cervesa en dos terços dels països, mentre la taxa més alta (6.400 € de PPA a Islàndia) és un 50% superior a la taxa més alta d'altres tipus de beguda. En efecte, cada país de la UE té un taxa per als licors més alta que la de la cervesa o el vi, i això eleva els impostos de la UE a la mateixa quota de preu mitjana de la situació global. Tot i que la variació de les taxes impositives és menor per als licors, els valors més baixos es troben a molts dels mateixos països que els valors de cervesa, per exemple, alguns països del sud d'Europa (Bulgària, Xipre, Grècia, Itàlia, Malta, Portugal, Romania, Eslovènia) i uns quants països del centre d'Europa (Alemanya, Àustria, Luxemburg).

Les taxes impositives de mitjana i el preu final

Les implicacions per a les polítiques de les diferents taxes impositives també depèn del grau d'importància d'un tipus de beguda en un país. Per exemple, un impost baix sobre els licors és molt més important en termes pràctics quan els licors són el tipus de beguda més comuna de beguda alcohòlica. Observant, per tant, la taxa impositiva efectiva de mitjana a cada país a la figura 9.5,¹¹ les taxes impositives més altes es troben al nord d'Europa, els Països Bàltics, el Regne Unit, Irlanda i Polònia. Per contra, les taxes més baixes es troben al sud i als països d'Europa central, i la resta de països del centre i de l'est d'Europa se situen entremig.

⁹ Dades del CEPS (organisme del sector dels licors) l'1 de febrer de 2005.

¹⁰ La paritat del poder adquisitiu (PPA) permet graduar els costos dels preus relatius a diferents països, de manera que les estadístiques permetrien comprar la mateixa quantitat de mercaderies a cada país. Els valors resultants s'expressen en euros ajustats segons el poder adquisitiu o € PPA.

¹¹ L'índex impositiu ajustat mitjà és l'índex impositiu efectiu de les begudes alcohòliques en conjunt, ajustat per diferents poders adquisitius a diferents països (per exemple, la taxa impositiva específica d'una beguda en € de PPA multiplicada per la proporció de consum d'alcohol d'aquesta beguda). Els països on es consumeix majoritàriament una beguda sense impostos (per exemple, el vi a Itàlia) tenen una taxa impositiva efectiva molt baixa.

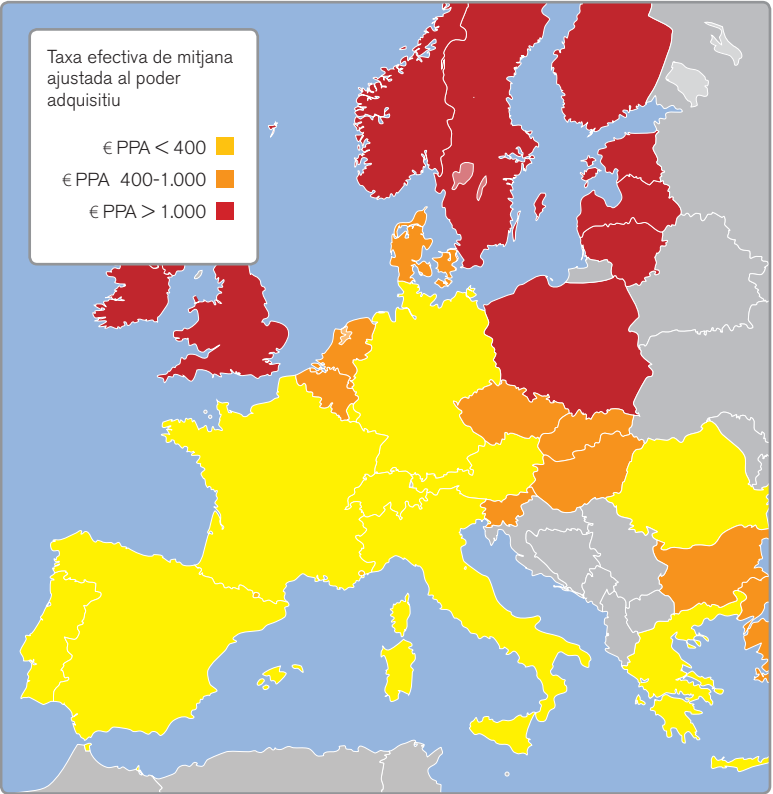


Figura 9.5: Taxes efectives de mitjana als països de la UE.

S'hauria de tenir en compte que els impostos específics per a l'alcohol no determinen automàticament el preu final que veu el consumidor a cada país. Fins i tot en el mateix sistema impositiu, tots els països tenen també un impost general sobre les vendes (IVA) de les begudes alcohòliques i aquest pot ser tan baix com un 7,6% o tan alt com un 25% als països estudiats. Afortunadament per a l'estadística, l'IVA dins la UE és més coherent (15-25%) i es correlaciona força bé amb els ingressos per impostos. Portugal i Luxemburg disminueixen la taxa d'IVA en el vi en comparació amb altres begudes, igual que disminueixen el seu impost.

Més enllà d'això, hi ha un gran nombre de factors potencials mercantils i culturals que poden intervenir entre la taxa impositiva i el preu final. Només comparant els preus de la cervesa i la Coca-Cola (dades de l'OMS del 2004) veiem que no hi ha relació entre els impostos de l'alcohol i la proporció d'alcohol amb els preus dels refrescos. Comparant els preus de l'alcohol amb els d'altres mercaderies,¹² la figura 9.6 mostra que una taxa impositiva baixa pot coexistir amb un preu de l'alcohol alt o relativament baix, però una taxa impositiva alta tendeix a produir un preu alt.

¹² Les dades dels Índexs de Nivell de Preu (PLI) es van extreure de la base de dades de l'Eurostat NewCRONOS, i són dades provisionals per al 2003. El PLI de l'alcohol mostra la diferència en els preus de venda al detall (fora dels establiments) per a l'alcohol en els 25 països membres de la UE. Això es va comparar amb el PLI de les mercaderies comunes per mostrar el preu relatiu de les begudes alcohòliques en comparació amb altres mercaderies.

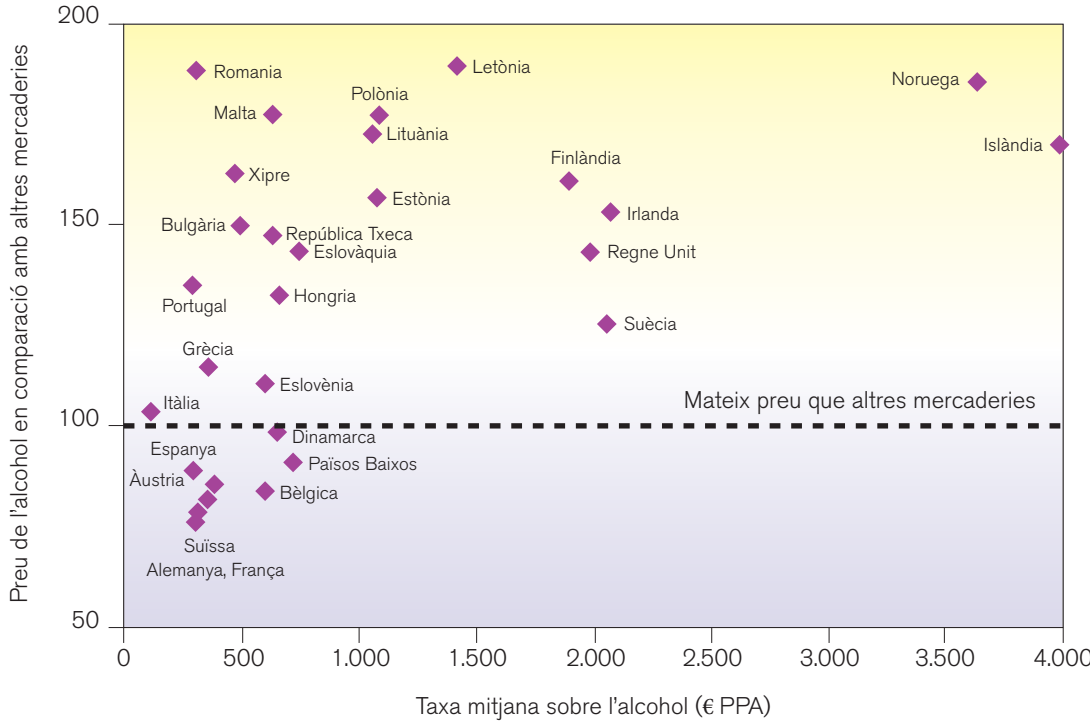


Figura 9.6: Impostos de l'alcohol i el preu relatiu de l'alcohol. Ambdues mesures són càlculs fets pels autors a partir de dades públiques, vegeu les notes al peu 11 i 12, pàg. 385 per conèixer els detalls.

En general els preus són més alts a l'est d'Europa (excepte Eslovènia), fins i tot on les taxes impositives són relativament baixes (com a Bulgària i Romania). Utilitzant 100 per indicar que els preus de l'alcohol són més o menys equivalents als preus generals, la major part dels països del sud i del centre d'Europa estan a menys de 90, mentre que virtualment tota l'àrea de l'est d'Europa està entre 130 i 190. De la UE15, només Finlàndia, Irlanda i el Regne Unit tenen preus per a l'alcohol que els situarien en aquesta franja (Suècia estaria just per sota). Atès que aquests preus només es refereixen a les begudes alcohòliques comprades als comerços, el preu pagat pels consumidors a cada país també es veuria afectat per la quantitat d'alcohol que es consumeix dins dels establiments (per exemple bars o restaurants) més que fora dels establiments (per exemple botigues de vi). Això significa per exemple que el preu que es paga al Regne Unit i Irlanda és probablement més alt que el que es paga a Itàlia, ja que en els establiments d'aquests països es consumeix més (vegeu el capítol 4).

Quadre 9.5: Els impostos i els preus

- Hi ha una gran variació en els índexs impositius a Europa, especialment per al vi, on gairebé la meitat dels països no té impost.
- Els impostos ajustats segons el poder de compra són més alts al nord d'Europa, i més baixos als països del sud i parts del centre d'Europa.
- Quatre països han introduït impostos especials per als *alcopops*, que semblen haver reduït el consum d'aquestes begudes.

Impostos objectiu: el cas dels *alcopops*

S'han introduït impostos especials a França, Suïssa, Alemanya i Dinamarca com a resposta a l'augment del consum d'*alcopops* per part dels joves (vegeu el capítol 4). Per exemple, l'impost a Suïssa es va canviar el febrer del 2004 i va passar a ser tres vegades l'impost dels licors, mentre a Alemanya es van gravar 0,83 € per cada ampolla de 275 ml des de juliol de 2004. Una característica que defineix un *alcopop* és sovint el nivell de sucre, on en el cas de Suïssa el punt de tall és de 50 g per litre i això ha fet que proliferin begudes amb baix contingut de sucre per evitar aquest impost. Cap estudi acadèmic ha avaluat aquests impostos especials (tot i que es pot veure el capítol 7 per consultar l'efecte dels impostos i el preus en altres contextos). No obstant això, les estadístiques oficials mostren que la introducció de l'impost va tenir com a resultat una forta disminució de les importacions d'*alcopops* a Suïssa (vegeu la figura 9.7).

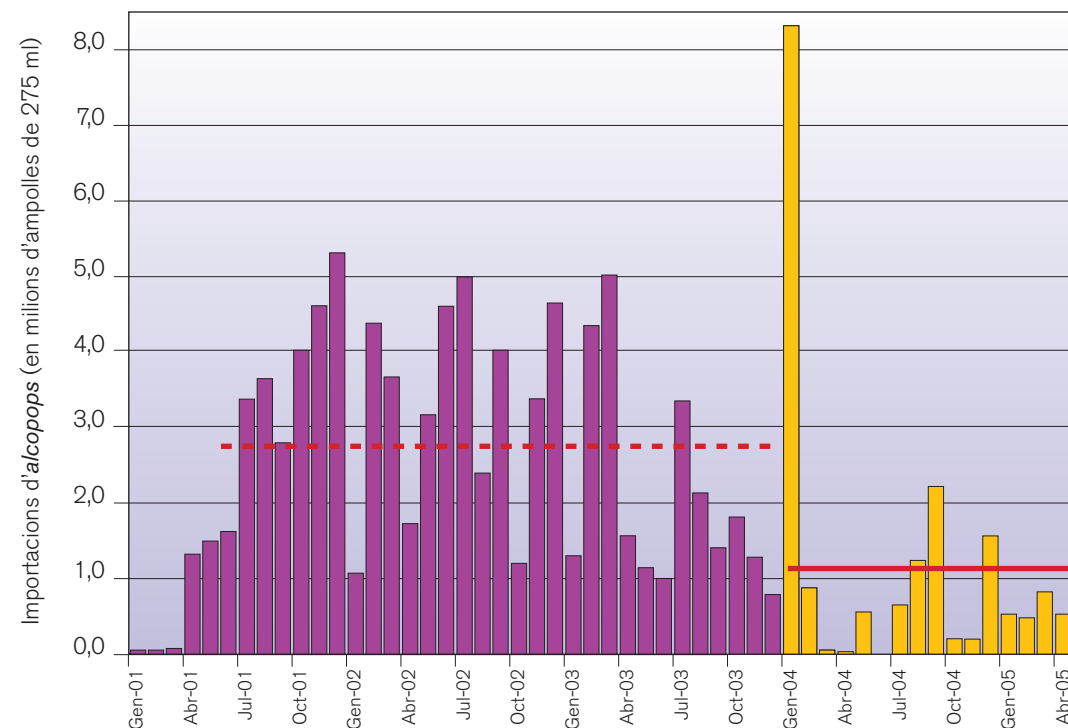


Figura 9.7: L'impost d'*alcopops* a Suïssa.

Estadístiques oficials (Eidgenössische Alkoholverwaltung [Comitè Suís de l'Alcohol] 2005). El gener de 2004 hi va haver moltes importacions ja que els venedors al detall van reunir estoc abans que l'impost entrés en vigor el febrer. Fins i tot considerant aquest estoc després de l'impost, la mitjana d'abril 2001 a desembre de 2003 (línia vermella puntejada) és més del doble que la mitjana des de llavors (línia vermella contínua).

La revisió més extensa de l'impost sobre els *alcopops* prové del govern alemany, que recentment va revisar l'impost sobre els *alcopops* que va entrar en vigor l'any anterior (Bundesministerium der Finanzen [Ministeri Federal de Finances] 2005). Segons una enquesta feta a joves de 12 a 17 anys, es va veure que el consum d'*alcopops* que contenien licor va caure a la meitat entre 2004 i 2005 (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2005) i va ser substituït notablement per altres begudes (tot i que hi va haver lleugers augments en el consum d'*alcopops* que contenien cervesa). Les xifres oficials de venda d'*alcopops* que contenien licor també mostren una caiguda del 75% després de l'entrada en vigor de l'impost.

La revisió atribueix aquesta caiguda de consum bàsicament als efectes de l'impost, on se citen especialment el 70% d'adolescents que van afirmar comprar menys *alcopops*, entre els quals la raó principal (63%) per comprar-ne menys era que s'havien encarat massa (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2005). Una consciència i aplicació més grans entre els joves i l'alcohol també podrien haver tingut alguna cosa a veure. La investigació de mercat també atribueix la caiguda del consum d'*alcopops* als impostos d'Alemanya i Suïssa, ja que AC Nielsen va informar que «un augment massiu en el preu dels *alcopops* [a Suïssa] que tenia com a objectiu evitar el consum inadequat d'alcohol entre els joves va provocar una forta caiguda de les vendes» (Informe Mundial de Begudes, 26 de maig del 2005). De manera semblant, l'associació alemanya de fabricants de licors i importadors BSI va veure que la caiguda de les vendes d'*alcopops* de licors eren «el resultat directe d'un nou impost en els productes» (Informe Mundial de Begudes, 23 de juny de 2005).

També es va imposar un impost especial per als *alcopops* a França des del 1999 (i va pujar el 2005), però tot i que hi ha informes que afirmen que aquesta mesura ha estat efectiva a l'hora de reduir el consum d'*alcopops* no hi ha hagut cap estudi complet d'aquest efecte. Dinamarca va introduir un impost sobre els *alcopops* el juny de 2005, i d'acord amb l'estudi oficial de l'impost alemany, els impostos d'*alcopops* també es consideren als Països Baixos i Suècia.

Comparació entre els països

Europa i les polítiques en matèria d'alcohol mundials

En comparació amb la resta del món, els països d'Europa tenen menys probabilitat de tenir nombroses polítiques, especialment les que es basen en restriccions del mercat o en impostos.

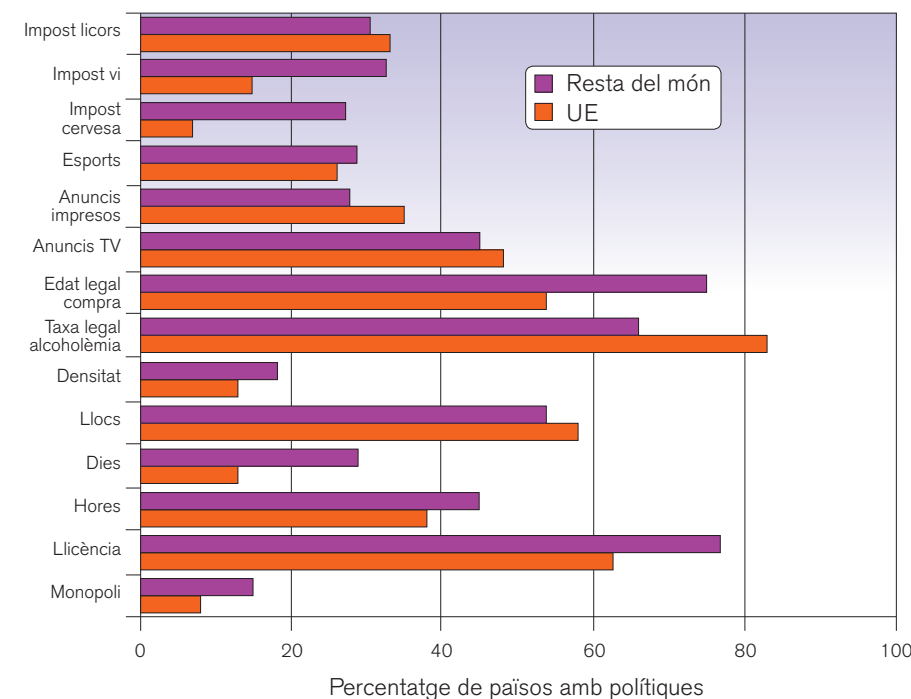


Figura 9.8: Les polítiques en matèria d'alcohol a la UE en comparació amb la resta del món.

Font: dades de l'Informe de l'Estat Global de la Política en Matèria d'Alcohol (OMS, 2004), actualitzat per la Xarxa de Polítiques en Matèria d'Alcohol. **Impost** (% de la franja d'impost «elevada» de l'OMS (> 30% del preu de venda al detall de la cervesa i el vi; > 50% per als licors)) **Esports/anuncis** (% de restriccions legals per als anuncis de cervesa o patrocini dels esdeveniments esportius); **Edat legal per comprar alcohol (LPA)** (% de l'edat legal per comprar alcohol (LPA) de 18 anys + per la cervesa); **BAC** (% de concentració d'alcohol a la sang de <= 0,5 g/l); **Densitat, llocs, dies i hores** (% de les restriccions fora dels establiments per a qualsevol beguda); **Llicència/monopoli** (% de monopoli/lliçència per a les vendes al detall de cervesa).

Observant la figura 9.8 es veu clarament que menys països de la UE tenen (i) impostos alts sobre el vi i la cervesa (com a % de preu), (ii) restriccions en els dies i hores en els quals les botigues poden vendre cervesa, (iii) una edat mínima per comprar cervesa de 18 anys, o (iv) una llicència o monopoli per a la venda al detall de cervesa. Per contra, els països de la UE és més probable que tinguin restriccions en els anuncis d'alcohol en els mitjans escrits i un límit de taxa d'alcoholèmia permesa de 0,5 g/l o menys per als conductors.

Moltes d'aquestes àrees no es poden resumir simplement en figures com la figura 9.8, perquè hi ha una tendència més general: els països de la UE tenen més probabilitats de tenir una política en cada àrea que la resta del món, però tenen menys probabilitats de tenir polítiques més estrictes. Per exemple, els països de la UE tenen més probabilitats de tenir una edat mínima per comprar alcohol, però tenen menys probabilitats de tenir una edat mínima de 18 anys (de fet, l'edat mínima de 16 anys és gairebé única a Europa). De manera semblant, els països de la UE tenen més probabilitat de tenir una política en el patrocini d'esports, però normalment això resulta en una prohibició voluntària i les restriccions legals són menys usuals.

Una escala per a la política en matèria d'alcohol a Europa

Anar més enllà dels detalls de les polítiques de cada país a Europa per tenir una imatge més àmplia és més difícil del que pot semblar ja que no hi ha cap manera «objectiva» de convertir les polítiques en una única mesura.

Qualsevol manera d'aglutinar les polítiques necessàriament serà selectiva, i també ometrà tots els elements on no hi ha cap dada bona (per exemple, els nivells d'aplicació). Tenint això en compte, es va decidir utilitzar l'escala d'un projecte important subvencionat per la Comissió, l'estudi ECAS (Karlsson i Österberg, 2001), que es basa en dues propostes an-

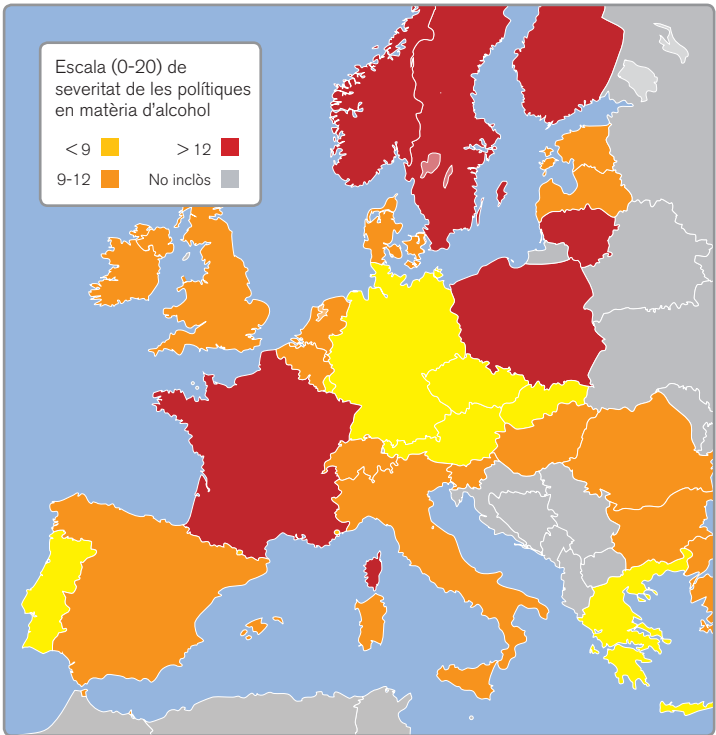


Fig. 9.9: Una escala per a la política en matèria d'alcohol als països d'Europa. La República Eslovaca i Turquia tenen un valor estimat (utilitzant la mitjana de la UE) per a una àrea política.
Font: càlculs dels autors utilitzant l'escala ECAS (Karlsson i Österberg, 2001), i dades de l'Informe Global de la Política en Matèria d'Alcohol (OMS 2004), actualitzat pels membres de la Xarxa de la Política en Matèria d'Alcohol (vegeu el capítol 1).

teriors (Davies i Walsh, 1983; Österberg i Karlsson, 2002).¹³ Això no només evita el procés contenciós de crear una nova escala, sinó que també permet comparar les polítiques d'avui dia amb les que hi havia fa mig segle.

Segons aquesta escala de 0 (cap restricció) a 20 (totes les restriccions), els països d'Europa varien de 5,5 (Grècia) a 17,7 (Noruega) amb una mitjana no equilibrada de 10,5 (10,1 a la UE) (vegeu la figura 9.9). Tots els valors més baixos (per sota de 8) es troben al sud d'Europa (Portugal, Grècia, Malta) i en un conjunt de països del centre i est d'Europa (Àustria, la República Txeca, Alemanya, Luxemburg). Tot i que tots els valors per sobre de 15 es troben en els països del nord d'Europa, les puntuacions de la política no van disminuir de nord a sud, tal com mostra un valor alt a França en comparació amb un valor relativament baix al Regne Unit.¹⁴ La política en matèria d'alcohol a la UE10 és variable, on alguns països tenen controls rigorosos (com Polònia i Lituània) i d'altres (la República Txeca especialment) són molt menys restrictius.

Quan aquests nivells es comparen amb els nivells d'impostos de mitjana (vegeu la figura 9.5 més amunt) trobem que la majoria de països amb puntuacions altes de política també tenen nivells alts d'impostos. Malgrat tot, hi ha excepcions en les dues direccions: França té una puntuació política alta però un nivell impositiu baix, en contrast amb el Regne Unit (i en menor mesura Irlanda) on els impostos d'alcohol alts coexisteixen amb puntuacions de política baixes.

Tendències en la política en matèria d'alcohol

La naturalesa canviant de la política en matèria d'alcohol dins Europa es pot observar en l'anàlisi històrica de l'estudi ECAS a la UE15 i Noruega, que s'inicia el 1950 i recull els resultats actualitzats de les escales de política mencionats anteriorment (2005).¹⁵ Malauradament, les dades històriques necessàries dels països que no es van incloure a l'estudi ECAS de la UE10 no estan disponibles, tot i que un estudi comparatiu anterior que utilitzava una escala diferent va mostrar que el nivell de política a Polònia va decaure entre 1981 i 1991 (Contel, 1993).

¹³ A causa de la variabilitat de les dades l'escala, de fet, és una mica diferent de l'escala ECAS, tot i que el valor és idèntic. Les principals diferències són (i) per a totes les preguntes, les polítiques de cada tipus de beguda compten 1/3 dels punts totals (pts) disponibles (per exemple, una llicència de vendes per a licors només val 1/3 punts); (ii) els controls de producció i venda a l'engròs se substitueixen per les dades corresponents de producció; (iii) 1 punt inicialment per a cada «venda/dies/hores» i «altres restriccions» per a les vendes dins i fora dels establiments se substitueix per 1 punt per a cada una de les restriccions de vendes, dies, hores i densitats, només per a les vendes fora dels establiments, (iv) les restriccions sobre la publicitat de l'alcohol es van dividir en un 1 punt per als anuncis de televisió i 1/2 pt per a les tanques publicitàries i la publicitat impresa; (v) 1 punt per programa o organisme educatiu nacional s'ha substituït per 1/2 pt per a l'educació moderadament desenvolupada i les campanyes als mitjans de comunicació. En la majoria de països les puntuacions estan molt relacionades, tot i que es troben diferències de dos punts o més a Bèlgica (per sota), Dinamarca (per sobre), Itàlia (per sota) i el Regne Unit (per sota).

¹⁴ La puntuació del Regne Unit és més baixa aquí que a l'estudi ECAS original a causa de les correccions de les dades i els ajustaments fets pels controls de venda.

¹⁵ Les revisions fetes a l'escala de polítiques de l'ECAS per la disponibilitat de dades tenen el resultat que les dades del 2005 són més baixes pels controls de distribució i el control de màrqueting en comparació amb els resultats de l'any 2000. Malgrat tot, les puntuacions actualitzades no canvien cap dels debats i per tant s'inclouen en els gràfics per evitar confondre les discrepàncies entre els gràfics d'aquest capítol.

Malgrat tot es disposa d'algunes dades de les últimes tendències polítiques als estats membres de la UE10 a partir de fonts històriques. La mesura política més important dels països de l'antiga Unió Soviètica o el Pacte de Varsòvia és la política antialcohol de Gorbtxov, on l'estat va restringir estrictament la disponibilitat d'alcohol al final dels anys vuitanta (Room, 2001; Swiatkiewicz i Moskalewicz, 2003). Al marge dels efectes notables en la salut pública (vegeu el capítol 6), el desequilibri entre subministrament i demanda va donar com a resultat nombrosos efectes secundaris negatius, on s'inclou el racionament d'alcohol i un mercat negre fort. Mentre la política en si es va abandonar el 1989, s'ha indicat que els efectes encara es poden discernir com a ressentiment persistent contra un dels últims actes de la burocràcia centralitzada (Room, 2001). Malgrat tot, això no sembla ser veritat per a tothom, ja que alguns dels països dels grups d'elit que voregen el mar Bàltic van mencionar Gorbtxov en els debats per ubicar la política en matèria d'alcohol al final dels anys noranta (Simpura [et al.], 1999).

Tendències en els països de l'estudi ECAS

Després de la Segona Guerra Mundial hi va haver grans diferències a l'Europa oriental respecte la política en matèria d'alcohol. En un extrem se situaven Noruega, Suècia i Finlàndia, on la disponibilitat física d'alcohol estava fortament controlada pels monopolis, el racionament i moltes altres mesures. En comparació, la política en matèria d'alcohol quasi no existia al sud d'Europa, fins i tot allà on existia era per motius comercials més que per motius sanitaris (a diferència d'Itàlia). Els països situats al mig de l'escala de polítiques es concentraven principalment en les restriccions per obtenir llicències, però encara hi havia un gran buit respecte al quart país més estricte (el Regne Unit amb un 8) i el tercer (Finlàndia amb 17, vegeu la figura 9.10).

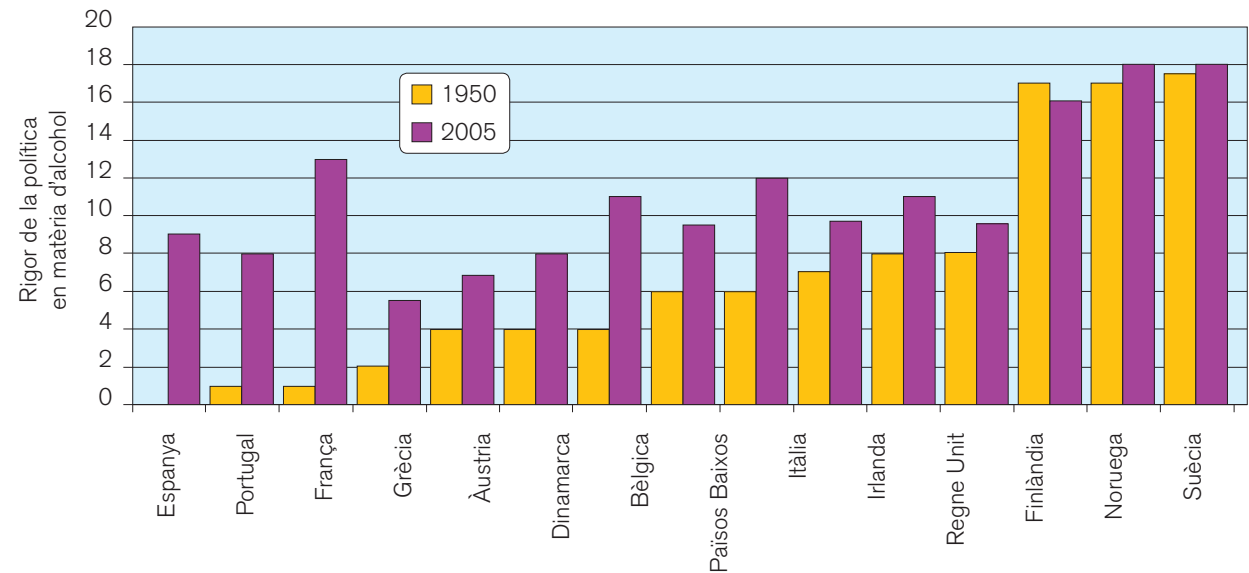


Figura 9.10: Canvis en el rigor de la política en matèria d'alcohol segons l'estudi ECAS.

Font: càlculs dels autors a partir de l'escala ECAS (Karlsson i Österberg, 2001) i dades de l'Informe Global de l'Estat de la Política en Matèria d'Alcohol (OMS, 2004), actualitzat pels membres de la Xarxa de Política en Matèria d'Alcohol (vegeu el capítol 1).

A la darreria de segle es va poder observar una certa homogeneïtzació. Gairebé tots els països van augmentar el rigor de les polítiques de control de l'alcohol i les van justificar pels objectius sanitaris o socials, i França i Espanya van ser els països que més les van augmentar. L'única excepció va ser Finlàndia (Noruega i Suècia també van baixar lleugerament en l'escala ECAS original), on la majoria de monopolis es van abandonar i es van afuixar algunes restriccions. De fet, altres països també van evitar aquestes àrees de política —la puntuació mitjana de la producció i els controls de distribució es van fer entre 1950-2005, i la limitació de les dades també indica una disminució dels impostos des dels anys setanta (Österberg, 2005)— i van optar per controls de conducció sota els efectes de l'alcohol i de publicitat així com la creació d'institucions de prevenció o educació. La convergència, per tant, no només està relacionada amb la puntuació directa, sinó també amb les preferències canviants que s'allunyen del «subministrament» i s'orienten cap a la gestió de la «demanda (vegeu la figura 9.11).

Part del període més recent també es recull en un informe de l'OMS-EURO per a la Conferència ministerial d'Estocolm (Rehn, Room i Edwards, 2001). Aquest estudi va mostrar que la publicitat i que les promocions al punt de venda eren les àrees més usuals per al canvi de polítiques des del maig de 1994 al setembre de 1998, i en tots dos casos la tendència apuntava a controls més estrictes (9 de 16 per a la publicitat, 11 de 3 per a les promocions al punt de venda). Les polítiques per reduir la conducció sota els efectes de l'alcohol també es van reforçar, especialment les taxes d'alcoholèmia (en 9 casos van disminuir i només un va augmentar, a Bulgària) però també la introducció del control aleatori d'alcoholèmies (a 5 països). Només en l'àrea de la disponibilitat d'alcohol les polítiques eren més dèbils, on es va veure que els monopolis eren substituïts per les llicències a cinc països i els controls d'obtenció de llicència es van debilitar en 5 països (tot i que en 4 casos separats es van reforçar les restriccions per a l'obtenció de llicències). Això es correspon amb els resultats de l'ECAS, on la publicitat i les restriccions es van reforçar al mateix temps que els controls de disponibilitat es van debilitar.

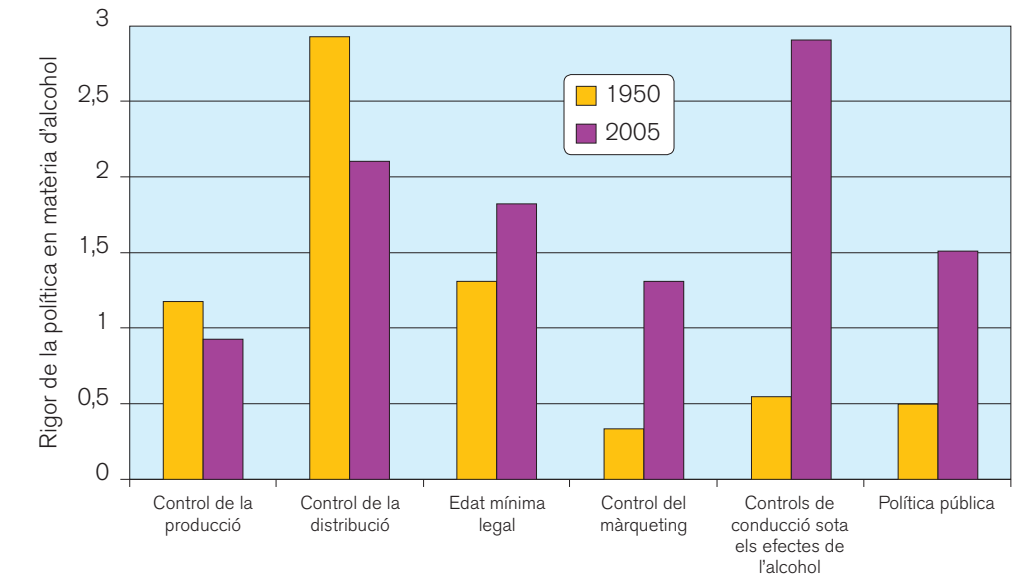


Figura 9.11: Canvis en el rigor de diferents àrees de la política en matèria d'alcohol a l'ECAS.

Font: càlculs dels autors utilitzant l'escala ECAS (Karlsson i Österberg, 2001), i dades de l'Informe Global de l'Estat de la Política en Matèria d'Alcohol (OMS, 2004), actualitzat pels membres de la Xarxa de Política en Matèria d'Alcohol (vegeu el capítol 1).

Conclusió

La política en matèria d'alcohol a Europa mostra algunes semblances sorprenents entre els països, però també un gran nombre de diferències permanents. Per exemple, mentre tots els països europeus tenen un conjunt de polítiques relacionades amb l'alcohol, algunes vegades aquestes polítiques estan descoordinades i no tenen una estratègia comuna. Les àrees on els països són relativament semblants inclouen taxes d'alcoholèmia per als conductors, llicències per a la venda d'alcohol, l'existència d'una edat mínima en la qual es pot comprar alcohol als bars, i algun tipus d'educació sobre l'alcohol a les escoles. A diferència d'això, es poden observar àmplies diferències en l'aplicació de les regulacions de la conducció sota els efectes de l'alcohol (on un gran nombre de persones de diferents països creuen que mai no els faran una identificació d'alcohol en aire espirat), l'edat exacta a partir de la qual els joves poden comprar alcohol (especialment als comerços) i els límits en la disponibilitat i les restriccions de la publicitat. Majoritàriament, els impostos a diferents països europeus mostren una gran variació: els impostos més baixos es troben al sud i en alguns països del centre i de l'est d'Europa. Malgrat això, cal remarcar que no es tracta d'una simple divisió nord-sud en el rigor de la política en matèria d'alcohol, tal com mostra la puntuació alta a França i les puntuacions relativament baixes a Irlanda i el Regne Unit.

L'anàlisi i la comparació de polítiques dels països posa en evidència inevitablement els buits en les accions nacionals (les polítiques que són més usals fora d'Europa que a dins o les polítiques que eren més usals en el passat que ara). Els controls de disponibilitat d'alcohol han disminuït en la segona meitat del segle xx, sobre els quals algunes persones han argumentat que aquest fet està associat amb el creixement del consumisme (Lund, Alavaikko i Österberg, 2000), tot i que l'evidència en les opinions canviants en aquesta àrea en particular no ho confirma (Österberg i Karlsson, 2002). Els nivells d'impostos comparats amb els preus de l'alcohol també són més baixos a Europa que a la resta del món, un fet que també cal situar en el context de les polítiques del mercat intern mencionades al capítol 8. Mentre moltes polítiques efectives de reducció de danys (vegeu el capítol 7) són molt utilitzades a la UE actualment, encara existeixen moltes situacions on els problemes relacionats amb l'alcohol es podrien reduir clarament mitjançant una implementació àmplia de les polítiques que s'han adoptat a la majoria dels estats membres de la UE (aquestes es reflecteixen en les recomanacions del capítol 10).

Malgrat tot, és igualment important remarcar la tendència positiva de l'alcohol en conjunt a Europa. Els controls de conducció sota els efectes de l'alcohol ara són usals, en comparació amb la seva relativa raresa fa 50 anys. En un grau menor, altres polítiques també s'han difós àmpliament a Europa, on s'inclouen els controls de màrqueting, edats mínimes per comprar alcohol i estructures de política pública per crear una política en matèria d'alcohol, totes possiblement relacionades parcialment amb les actituds públiques envers la política en matèria d'alcohol, tot i que cal més investigació en aquesta àrea. Col·lectivament, els estats membres de la UE estan considerablement més a prop en les seves polítiques en matèria d'alcohol que fa mig segle, en paral·lel amb l'homogeneïtzació dels nivells de consum discutits en el capítol 4. Dins d'aquesta tendència de millora s'han d'identificar els buits i treballar-los amb una orientació positiva.

Bibliografia

Baltic Data House (2001). Economic research about the influence of taxes imposed on alcohol and influence of price policy on alcohol consumption; research about accidents caused by alcohol intoxication. Riga, LV: Market and Social Research Group, Baltic Data House, Baltic Institute of Social Sciences.

BBC News Online (2004). Public backs alcohol crackdown [posted 8th September]. <http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/3634322.stm>

Bongers, I. M. B. (1998). "Social Climate on Alcohol in Rotterdam: Public Opinion on Drinking Behaviour and Alcohol Control Measures." *Alcohol and Alcoholism*, 32(2): 141-50.

Bundesministerium der Finanzen [Ministeri d'Economia] (2005). Bericht der Bundesregierung über die Auswirkungen des Alkopopsteuergesetzes auf den Alkoholkonsum von Jugendlichen unter 18 Jahren sowie die Marktentwicklung von Alkopops und vergleichbaren Getränken [Federal Government report on the effect of the alcopops tax on the consumption of alcohol in young people under the age of 18, as well as market trends in alcopops and comparable beverages]. <http://www.bmgs.bund.de/downloads/alkopopsteuerbericht.pdf>

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA] (2005). Entwicklung des Alkoholkonsums bei Jugendlichen unter besonderer Berücksichtigung der Konsumgewohnheiten von Alkopops (Alkopops-Studie) [Developments in young people's consumption of alcohol, in particular on alcopops (Alcopops study)]. Köln, Deutschland: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [Federal centre for health education]. http://www.bmgs.bund.de/downloads/bzgakurzbericht_alkopops.pdf

Christ, R. (1998). "Drinking and Drink Driving." The attitude and behaviour of European car drivers to road safety: Sartre reports - Part 1 - Report on principal results, Edited by Cauzard, J.-P. i Wittink, R.. project on Social Attitudes to Road Traffic Risk in Europe.

Contel, M. (1993). "L'Approccio Istituzionale e Normativo [Institutional and Normative Approach]." *Alcool: consumi e politiche* [Alcohol: consumption and policy], Rome: Permanent Observatory on Youth and Alcohol.

Crawford, A. (1987). "Attitudes About Alcohol: a General Review." *Drug and Alcohol Dependence*, 19: 279-311.

Davies, P. i Walsh, D. (1983). *Alcohol Problems and Alcohol Control in Europe*, New York: Gardner Press.

Eidgenössische Alkoholverwaltung [Swiss Alcohol Board] (2005). Einfuhr von Premix und Alcopops umgerechnet in Flaschen zu 275 ml und einen Alkoholgehalt von 5,6 % Vol [Imports of premix drinks and alcopops assuming bottles of 275ml and an alcoholic strength of 5.6% ABV]. http://www.eav.admin.ch/d/n_alcopo2.htm

Elmeland, K. i Villumsen, S. (2005). "Opinions on Alcohol Policy in Denmark." Presentation at Alcohol - use, harms and policy. A research-based Nordic-Baltic seminar, Riga, October 3, 2005 [conference proceeding]

Hanekom, L. (2004). Alcohol consultation with young people in England. Turning Point, the Hungerford and Comic Relief. http://www.turning-point.co.uk/NR/rdonlyres/C5A18354-7FD3-4613-8832-A9C36D74FF28/0/YPAcohol_consultation_reportdoc.pdf

Hemström, Ö. (2002). "Attitudes to Alcohol Policy in Six EU Countries." Contemporary Drug Problems, 29: 605-18.

Hemström, Ö., Leifman, H. i Ramstedt, M. (2001). "The ECAS-Survey on Drinking Patterns and Alcohol-Related Problems." Alcohol in postwar Europe: Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries, Edited by T. Norström. Stockholm: National Institute of Public Health, European Commission.

Kara, D. i Hutton, L. (2003). Omnibus Survey: testing public opinion on licensing laws and alcohol consumption. Scottish Opinion Ltd on behalf of Scottish Executive Social Research. <http://www.scotland.gov.uk/library5/justice/ostp.pdf>

Karlsson, T. i Österberg, E. (2001). "A Scale of Formal Alcohol Control Policy in 15 European Countries." Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift (Nordic Studies on Alcohol and Drugs), 18(English Supplement): 117-31.

Koroleva, I. (2005). "Alcohol Consumption and Problems in Latvia: Survey Results on Alcohol Use." Presentation at Alcohol - use, harms and policy. A research-based Nordic-Baltic seminar, Riga, October 3, 2005 [conference proceeding]

Lancaster, B. i Dudleston, A. (2002). Attitudes towards alcohol: views of the general public, problem drinkers, alcohol service users and their families and friends. <http://www.scotland.gov.uk/cru/kd01/red/ata.pdf>

Lund, I., Alavaikko, M. i Österberg, E. (2000). "Deregulating or Re-Regulating the Alcohol Market?" Pp.201-22 in Broken Spirits. Power and Ideas in Nordic Alcohol Control, Edited by Sulkunen, P., Sutton, C., Tigerstedt, C. i Warpenius, K.. Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research.

Mäkelä, P., Fonager, K., Hibell, B., Nordlund, S., Sabroe, S. i Simpura, J. (1999). Drinking habits in the Nordic countries. Oslo: National Institute for Alcohol and Drug Research.

NOP Market Solutions (2000). Research carried out for the Institute of Alcohol Studies on alcohol [details available from IAS on request]. NOP/420230. Institute of Alcohol Studies.

Olsson, B., Nordlund, S. i Järvinen, S. (2000). "Media Representations and Public Opinion." Pp.223-24- in Broken spirits: powers and ideas in Nordic alcohol control, Edited by Sulkunen, P., Sutton, C., Tigerstedt, C. i Warpenius, K.. Helsinki, Finland: Nordic Council for Alcohol and Drug Research (NAD).

OMS (2004). Global status report on alcohol 2004. Geneva: Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization.

Österberg, E. (2005). "Taxes and Border Trade." Presentation at Alcohol - use, harms and policy. A research-based Nordic-Baltic seminar, Riga, October 3, 2005 [conference proceeding]

Österberg, E. i Karlsson, T. (2002). Alcohol Policies in EU Member States and Norway: a Collection of Country Reports, Helsinki: STAKES.

Pendleton, L. L., Smith, C. i Roberts, J. L. (1990). "Public Opinion on Alcohol Policies." British Journal of Addiction, 85(1): 125-30.

Rehn, N., Room, R. i Edwards, G. (2001). Alcohol in the European Region - Consumption, Harm and Policies, Copenhagen: WHO Europe.

Reitan, T. C. (2003). "Democracy in a Bottle: Attitudes Towards Alcohol Regulation in the Post-Communist Baltic Sea Region." Journal of Baltic Studies, 34(2): 131-58.

Room, R. (2001). "New Findings in Alcohol Epidemiology." Pp.35-42 in Alcohol in the European region - consumption, harm and policies, Edited by Rehn, N., Room, R. i Edwards, G.. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Sardi, G. M. i Evers, C. (2004). "Drinking and Driving." European drivers and road risk: part 1 - reports on principal analyses, Edited by Sartre. Institut National de Recherche sur les Transports et leur Sécurité INRETS.

Sartre (1995). Social attitudes to traffic risk in Europe. Orleans, France: Paradigme. <http://sartre.inrets.fr/>

Sartre (1998). The attitude and behaviour of European car drivers to road safety. <http://sartre.inrets.fr/>

Simpura, J., Tigerstedt, C., Hanhinen, S., Lagerspetz, M., Leifman, H., Moskalewicz, J. i Torronen, J. (1999). "Alcohol Misuse As a Health and Social Issue in the Baltic Sea Region: A Summary of Findings From the Baltica Study." Alcohol and Alcoholism, 34(6): 805-23.

Strategic Task Force on Alcohol (2004). Strategic Task Force on Alcohol: second report. Health Promotion Unit, Department of Health and Children, Ireland. www.healthpromotion.ie

Swiatkiewicz, G. i Moskalewicz, J. (2003). "Poland." Alcohol and Temperance in Modern History, Edited by Blocker, J. S., Fahey, D. M. i Tyrrell, I. R.. Oxford, England: ABC Clio.

10 Conclusions i recomanacions

Introducció

A la Unió Europea encara no hi ha cap document o estratègia extensa sobre la política en matèria d'alcohol. Les àmplies accions de la Unió sobre l'alcohol es basen en dues iniciatives del Consell adoptades el juny de 2001: la recomanació del Consell sobre el consum alcohòlic dels joves, especialment de nens i adolescents¹ i les conclusions del Consell sobre una estratègia comunitària per reduir els problemes relacionats amb l'alcohol.² El Consell va tornar a repetir la petició d'una estratègia àmplia per a l'alcohol el juny de 2004.³

Hi ha aspectes comunitaris i transfronterers relacionats amb l'alcohol. Les polítiques de la Unió tenen influència en la producció d'alcohol, el màrqueting, el comerç, el consum i la reducció dels danys. La Unió té una política de subsidis per a la producció del vi, una política sobre la televisió sense fronteres que regula la publicitat d'alcohol i una política orientada al consumidor que regula l'etiquetatge i gestiona les reclamacions. El mercat intern i la política d'impostos tenen influència en l'estructura del preu i per tant en el consum, i la política de transport té influència en la llei de les taxes d'alcoholèmia i la conducció.

La capacitat dels estats membres per crear una política en matèria d'alcohol efectiva pot estar limitada, per exemple, per les diferències en els impostos de les begudes alcohòliques, els hàbits canviants de consum dels joves i el màrqueting transfronterer. Per tant, una estratègia àmplia a la Unió Europea donaria suport als estats membres, les regions i els municipis perquè reforcessin i implantessin les seves polítiques.

Aquest capítol final ofereix nombroses conclusions i recomanacions que donen informació del desenvolupament i la implementació de la política en matèria d'alcohol a Europa, els estats membres, les regions i els municipis. Les conclusions i recomanacions, que s'extreuen a partir dels capítols anteriors, així com dels principis de Salut per a tots de l'Organització Mundial de la Salut,⁴ se centren a donar suport als objectius de les propostes de la Comissió Europea per aconseguir una estratègia àmplia sobre l'alcohol que redueixi els problemes socials i per a la salut relacionats amb l'alcohol, i que per tant contribueixi a aconseguir una productivitat més alta i un creixement econòmic sostenible a la Unió d'acord amb els objectius establerts a l'Estratègia de Lisboa.⁵

Conclusions

S'extreuen quinze conclusions sobre salut pública, que remarquen el següent: la política en matèria d'alcohol no cal que afecti el rol que té l'alcohol en l'economia d'Europa, la importàn-

cia de l'alcohol com una amenaça econòmica per a la societat europea i un impediment per als objectius de l'Estratègia de Lisboa, les semblances i diferències en el consum a Europa, la importància de l'alcohol com a determinant de salut que provoca danys a tercers i les desigualtats de salut, les responsabilitats i beneficis dels governs per implementar la política en matèria d'alcohol i les diferències de política a Europa que poden perjudicar la capacitat dels països per establir les seves polítiques.

L'alcohol i l'economia d'Europa

Conclusió 1

Europa té un paper central en el **mercat global de l'alcohol**, ja que és la font d'un quart de producció d'alcohol del món i més de la meitat de la producció mundial de vi. El **comerç** encara se centra més en Europa, on el 70% de les exportacions i una mica menys de la meitat de les importacions mundials es realitzen a la Unió Europea i la majoria d'aquest comerç es fa entre els països de la Unió.

Conclusió 1

Evidència (capítol)

El comerç d'alcohol contribueix amb uns 9.000 milions d'euros al **balanç de béns** de la Unió Europea en conjunt. Aquest comerç no es veu necessàriament afectat per les polítiques europees i estatals per reduir els problemes relacionats amb l'alcohol.

3

Conclusió 2

Els impostos de l'alcohol sumaven 25.000 milions d'euros als 15 antics països de la UE l'any 2001, sense comptar els impostos de venda i altres impostos pagats en la cadena de subministrament, tot i que es van retornar 1.500 milions d'euros a la cadena de subministrament mitjançant la Política Agrària Comuna. A causa de la relativa inelasticitat de la demanda d'alcohol, les taxes d'impostos mitjanes preveuen millor els ingressos derivats dels **ingressos derivats de la tributació** d'un govern que el nivell de consum en un país.

Conclusió 2

Evidència (capítol)

Els ingressos derivats de la tributació de l'alcohol són una font important d'ingressos per als governs de la UE (25.000 milions d'euros l'any 2001 als països de l'antiga UE15) i estan més relacionats amb les càrregues impositives que amb el nivell global de consum d'alcohol.

3

Conclusió 3

L'alcohol també s'associa amb **nombrosos treballs**, amb una producció estimada de més de tres quarts de milió de begudes (principalment de vi). En altres llocs de la cadena de subministrament existeixen treballs addicionals relacionats amb l'alcohol, per exemple, a bars o comerços. Malgrat tot, la mida de la indústria no és necessàriament una bona guia de

¹ <http://ec.europa.eu/eur-lex/pri/en/oj/dat/2001/L_161/L_161200106en0038004.pdf>

² <http://ec.europa.eu/eur-lex/pri/en/oj/dat/2001/c_175/c_17520010620en00010002.pdf>

³ <http://ue.eu.int/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/en/Isa/80729.pdf>

⁴ Organització Mundial de la Salut (1998). Salut 21 – La política de Salut per a tots per a la regió europea de l'OMS.

⁵ Estratègia de Lisboa: http://ec.europa.eu/comm/lisbon_strategy/index_en.html.

l'impacte econòmic de les polítiques en matèria d'alcohol: per exemple, les tendències en el consum alcohòlic no mostren cap correlació amb les tendències en el nombre de treballs d'àrees associades com els hotels, els restaurants o el sector de càtering, la qual cosa indica que l'efecte dels canvis en el consum pot ser relativament dèbil. Una reducció en la despesa d'alcohol també es creu que donaria llibertat al consumidor perquè gastí en altres àrees, on l'impacte econòmic dependria exactament de què és aquesta nova despesa. L'evidència actual de l'alcohol i altres sectors indica que la disminució del consum no necessàriament implica pèrdues de treball en l'economia en conjunt.

Conclusió 3	Evidència (capítol)
Una disminució del consum no comportaria necessàriament la pèrdua de llocs de treball per a l'economia en conjunt, com potser tampoc no produiria gran canvis en l'ocupació en alguns sectors vinculats a l'alcohol, com els restaurants i els bars.	3

Els costos socials de l'alcohol

Conclusió 4

Les malalties atribuïbles a l'alcohol, les lesions i la violència són una **amença econòmica per a la societat** en el sectors de la salut, l'assistència social, el treball i la justícia criminal, amb un cost tangible total calculat en 125.000 milions d'euros (i una franja de 79.000-220.000 milions) el 2003, equivalent a l'1,3% del PIB. 59.000 milions d'euros d'aquests costos tangibles a causa de l'alcohol provenen de la **pèrdua de productivitat** (absentisme, desocupació i pèrdua d'anys de vida laboral per mort prematura) i això pot ser un impediment per a la competitivitat d'Europa tal com indica l'Estratègia de Lisboa.

Conclusió 4	Evidència (capítol)
Es calcula que els costos tangibles de l'alcohol per a la Unió Europea van ser d'uns 125.000 milions d'euros l'any 2003, inclosos 59.000 milions d'euros per la pèrdua de productivitat produïda per l'absentisme, l'atur i la pèrdua d'anys de vida laboral per mort prematura.	3 6

Conclusió 5

Els costos **intangibles** mostren el valor que la gent dona al dolor, al sofriment i la vida perduda a causa dels danys criminals, socials i per a la salut de l'alcohol. El 2003 aquests danys es van estimar en 270.000 milions d'euros. Altres mètodes per valorar aquests mateixos danys van fer una estimació d'entre 150.000 i 760.000 milions d'euros.

Conclusió 5	Evidència (capítol)
S'estima que els costos intangibles de l'alcohol per a la Unió Europea (que descriuen el valor que les persones atribueixen al patiment i les vides perdudes) van arribar als 270.000 milions d'euros l'any 2003.	3 6

El consum d'alcohol a Europa

Conclusió 6

Tot i que encara hi ha moltes diferències entre els països, hi ha hagut diversos exemples de convergència en el consum a Europa, com la quantitat consumida, els patrons de consum i els estils i les eleccions de begudes (a vegades a tota la UE i a vegades entre diferents regions). Les diferències entre nord i sud encara es poden observar en molts aspectes de consum (per exemple, hi ha més episodis de consum intensiu al nord i més consum entre àpats al sud) però aquestes són menys aparents del que prèviament s'ha descrit i cada vegada hi ha més excepcions a aquest patró general. La majoria de països han experimentat un augment dels episodis de consum intensiu entre nois i noies durant els anys noranta, a més d'una tendència heterogènia que ha donat com a resultat un marge més estret d'episodis de consum intensiu entre els 10 països més nous de UE i els 15 antics països de la UE.

Conclusió 6	Evidència (capítol)
Malgrat que les diferències entre països pel que fa als nivells i patrons de consum d'alcohol encara són evidents, són menys importants que fa 40 anys i, en molts aspectes relacionats amb el consum d'alcohol, hi ha més similituds entre els països d'arreu d'Europa del que se suposa normalment. Els episodis de consum intensiu en els adolescents van augmentar durant la dècada dels noranta a la majoria de països, a la qual cosa ha seguit una tendència variable en els últims anys.	4 4

Conclusió 7

Malgrat que la prevalença de l'embriaguesa i les seves conseqüències difereixen a tot Europa, els problemes derivats de les intoxicacions (com les lesions intencionades i no intencionades) també són importants al sud d'Europa. Algunes de les diferències percebudes sorgeixen perquè alguns europeus creuen més en una relació de l'alcohol i les lesions violentes que d'altres europeus, tot i que això no sembla mostrar cap patró clar a Europa. La realitat és que, per exemple, els canvis en el consum alcohòlic tenen un efecte important en els índexs d'homicidis masculins a totes les regions d'Europa. Algunes estimacions fins i tot indiquen que el paper de l'alcohol com a causant dels homicidis pot ser semblant al sud d'Europa (61% de tots els homicidis) i al nord d'Europa (50% de tots els homicidis).

Conclusió 7	Evidència (capítol)
L'embriaguesa és una causa important de lesions (incloses lesions violentes) a tot Europa, inclòs al sud del continent.	6 6

Conclusió 8

Hipòcrates, 2.500 anys enrere, va aconsellar que a qualsevol persona que arribés a una nova ciutat se li preguntés si pensava que seria un lloc saludable o no saludable per viure, segons la seva geografia i el comportament dels seus habitants («si els agrada el consum de risc»). Això és igualment veritat avui dia. Tot i que hi ha hagut una convergència en el comportament del consum i els estils de consum, un ciutadà europeu és més probable que tingui un problema a causa de l'alcohol si viu en un determinat país, regió o municipi amb un consum alcohòlic relativament més alt o un patró de consum més intensiu.

Conclusió 8	Evidència (capítol)
El lloc on vivim d'Europa segueix essent un dels determinants principals dels problemes relacionats amb l'alcohol.	6

L'alcohol i la salut

Conclusió 9

L'alcohol és un **determinant de salut** clau i és la causa d'unes 60 malalties i afeccions. L'alcohol és responsable del 7,4% de la mala salut i les morts prematures a la Unió Europea. És el tercer factor de risc després de la hipertensió arterial i el tabac i una de les causes de més del 25% de morts d'homes entre 15 i 29 anys. Tant la quantitat total d'alcohol consumit com la quantitat consumida en qualsevol ocasió són determinants importants de la salut i els danys socials. Cinquanta-cinc milions d'adults se situen en un nivell de risc de consum i 100 milions d'europeus consumeixen de manera compulsiva almenys una vegada al mes. Un consum de dosis baixes d'alcohol redueix el risc de patir malalties cardíaques coronàries. L'estimació actual de 160.000 morts aplaçades a la vellesa és probable que sigui una estimació a l'alça.

Conclusió 9	Evidència (capítol)
L'alcohol és un determinant de salut responsable del 7,4% de tots els casos d'invalideses i mort prematura a la Unió Europea.	5 6

Conclusió 10

L'alcohol és una de les causes principals de dany a **tercers**, on s'inclouen els delictes, la violència, les lesions i els danys als nonats.

Conclusió 10	Evidència (capítol)
L'alcohol causa danys a tercers . A la Unió Europea, cada any es comptabilitzen uns 60.000 nadons amb baix pes en néixer, entre 5 i 9 milions de nens que viuen amb famílies que pateixen les conseqüències negatives de l'alcohol, i 10.000 víctimes mortals per accidents de trànsit causats per la conducció sota els efectes de l'alcohol, sense comptar els conductors intoxicats.	5 6

Conclusió 11

L'alcohol contribueix a les **desigualtats de salut** entre els estats membres i en cada un d'aquests. L'amenaça de malalties relacionades amb l'alcohol és més alta en alguns dels nous estats membres, i els problemes relacionats amb l'alcohol és un factor que explica la diferència en l'esperança de vida dels 15 antics països de la UE i els 10 nous països de la UE. A Anglaterra, els homes d'entre 25 i 69 anys amb el nivell socioeconòmic més baix tenen 15 vegades més risc de mortalitat relacionada amb l'alcohol que els individus de la classe social més alta.

Conclusió 11	Evidència (capítol)
L'alcohol provoca desigualtats de salut , tant dins d'un mateix país com entre els diferents estats membres, a més de ser la causa d'unes 90 morts (població masculina) i 60 morts (població femenina) per cada 100.000 habitants als nous països de la UE10, comparat amb els membres de la UE15.	6

L'alcohol i la política governamental

Conclusió 12

Els governs són **responsables** de la política i les accions relacionades amb l'alcohol, on s'inclouen els impostos, la provisió de servei, la regulació i la informació, i també n'obtenen **beneficis**, on s'inclouen costos més baixos i ingressos més alts gràcies als impostos.

Conclusió 12	Evidència (capítol)
Els governs tenen la responsabilitat d'intervenir en el mercat, de la qual cosa extreuen beneficis . Per exemple, s'estima que un augment del 10% en el preu de l'alcohol a tots els estats membres de l'antiga UE15 permetria recaptar, aproximadament, 13.000 milions d'euros més d'impostos de l'alcohol durant el primer any.	7

Conclusió 13

L'evidència més clara de l'efectivitat per reduir els problemes relacionats amb l'alcohol prové de les mesures que regulen el màrqueting de l'alcohol, on s'inclouen el preu i els impostos, la gestió de la disponibilitat d'alcohol i la regulació de les comunicacions comercials. Les intervencions de tipus educatiu mostren poca evidència d'efectivitat segons les revisions autoritzades i no són una alternativa per regular el màrqueting de l'alcohol.

Conclusió 13	Evidència (capítol)
Les intervencions educatives , que han demostrat ser poc efectives per reduir els problemes relacionats amb l'alcohol, no són una alternativa a les mesures per regular el mercat de l'alcohol , que produeixen un gran impacte a l'hora de reduir els danys, fins i tot entre els consumidors d'alcohol més joves i amb uns nivells de consum més elevats.	7 7

L'alcohol i la política europea

Conclusió 14

Tot i que les polítiques en matèria d'alcohol han convergit a Europa durant els últims 50 anys, les diferències substancials en els impostos de l'alcohol, que són la causa de les compres legals transfrontereres, impedeixen que molts països puguin implementar polítiques efectives.

Conclusió 14	Evidència (capítol)
Les diferències continuades en la política en matèria d'alcohol als diversos països europeus, com els diversos nivells impositius, minoren la capacitat dels estats per implementar polítiques efectives.	8

Conclusió 15

Malgrat les diferències en les polítiques dels estats membres, el Tribunal de Justícia Europeu s'ha pronunciat cada cop més a favor de les diferents polítiques en matèria d'alcohol per **motius sanitaris**. Un exemple d'això és que el govern francès va ser portat al Tribunal de Justícia Europeu, al·legant que la seva Llei Evin, que prohibia la publicitat de l'alcohol a les tanques publicitàries visibles durant la retransmissió d'esdeveniments esportius binacionals a la televisió, representava restriccions en la llibertat d'oferir serveis de publicitat i serveis de retransmissió a la televisió. El Tribunal es va pronunciar a favor de la Llei Evin afirmant que és innegable que els actes publicitaris promouen el consum, i que les normes franceses sobre la publicitat a la televisió eren adequades per assegurar l'objectiu de protegir la salut pública i no anaven més enllà del necessari per aconseguir un objectiu com aquest.

Conclusió 15	Evidència (capítol)
En alguns casos, es dictamina la legitimitat de diverses polítiques als estats membres per tal de protegir la salut pública , tal com és el cas de la resolució del Tribunal Europeu, l'any 2004, a favor de la llei de publicitat francesa.	8

Recomanacions

En aquest apartat es fan 18 recomanacions generals per donar suport a la política en matèria d'alcohol a partir dels capítols anteriors així com dels principis de Salut per a tots de l'Organització Mundial de la Salut,⁷ en quatre àrees: (i) definició de beguda alcohòlica, (ii) creació de la base d'evidència, (iii) preparació i implementació d'estratègies i plans finançats i (iv) avaluació de l'impacte d'altres àrees de política i augment del suport transfronterer.

Aquestes recomanacions estan recolzades per 34 recomanacions sobre la política en matèria d'alcohol en sis àrees derivades del capítol 7: (v) polítiques per reduir la conducció sota els efectes de l'alcohol, (vi) polítiques que donen suport a l'educació, la comunicació, la formació i la consciència pública, (vii) polítiques que donen informació als consumidors, (viii) polítiques que regulen el mercat de l'alcohol, (ix) polítiques que donen suport a la reducció dels danys en l'entorn de consum, i (x) polítiques que donen suport a les intervencions per a individus.

Recomanacions generals

I. Definició de beguda alcohòlica

Tot i que la UE ha definit l'alcohol per motius impositius (amb un 0,5% de concentració d'alcohol per a la cervesa i un 1,2% de concentració alcohòlica per a la resta de begudes), encara hi ha diferències notables entre els països respecte a la definició de beguda alcohòlica per a les finalitats de la política pública (vegeu el capítol 9). Això és a causa de la dificultat de classificar la gran quantitat de begudes heterogènies que han aparegut els últims anys (vegeu el capítol 3,4 i 7) i les diverses definicions de les begudes «amb baix contingut d'alcohol», que estan subjectes a menys restriccions (per exemple, només la cervesa amb menys d'un 4,2% de concentració alcohòlica es pot vendre als trens de la República Txeca).

Definició de beguda alcohòlica	Actor pertinent	Evidència (capítol)
I.1. Les polítiques públiques han de definir el concepte de beguda alcohòlica de manera uniforme per a tota la Unió Europea. Un punt de partida podria ser la definició del contingut mínim d'alcohol per a la càrrega impositiva (0,5% d'alcohol per volum).	(I) Institucions europees	9

⁷ Organització Mundial de la Salut (1998). Salut 21 – La política de Salut per a tots per a la regió Europea de l'OMS.

II. Creació de la base de l'evidència

Recerca

Comptar amb una base sòlida per a la recerca és un prerrequisit per a les polítiques i accions contra l'alcohol. Una conclusió clara que es pot extreure d'aquest informe és que Europa, especialment el sud i l'est d'Europa, es queda enrere respecte a altres regions del món per realitzar i publicar recerca sobre l'alcohol i la política en matèria d'alcohol. La comunitat científica s'hauria d'implicar per desenvolupar bases científicament sòlides, socialment rellevants i factibles per prendre decisions sobre la política en matèria d'alcohol. La investigació no està lliure de valor, en el sentit que el marc i l'elecció de temes inevitablement reflecteix els judicis i les eleccions entre prioritats competents. El deure de la comunitat científica és ser fidel a l'evidència de la investigació, la qual cosa significa que els resultats de la investigació poden contradir les polítiques actuals i els programes. Així doncs, hi ha motius de pes perquè hi hagi una certa distància entre la comunitat científica que treballa per a la salut pública d'una banda i els governs i la indústria de les begudes alcohòliques de l'altra.

Malgrat tot, hi ha d'haver una millor relació entre les necessitats d'investigació de la política en matèria d'alcohol que perceben els responsables de prendre decisions i els planificadors d'una banda, i les prioritats de recerca establertes per la comunitat d'investigació de l'altra. Perquè sigui útil, l'evidència de la investigació s'ha de comunicar de manera simple i ha de ser pertinent als temes actuals. Les contribucions continuades dels científics només poden existir en el context d'un programa d'investigació a llarg termini i cal que estiguin subvencionades amb fons públics estructurats perquè els membres de la comunitat científica de cada país puguin recollir, avaluar i interpretar les dades de recerca rellevants per a les necessitats de política en matèria d'alcohol d'un país. La recerca i el desenvolupament no són possibles si no es crea la capacitat adequada. Una política efectiva relacionada amb l'alcohol necessita personal competent i ben informat que treballi en un entorn disposat a donar suport als seus esforços. Per tant, s'han de fer inversions en el desenvolupament de la investigació institucional i de la capacitat humana.

La responsabilitat per traduir la investigació científica en una política efectiva ha de ser compartida per una gran varietat d'organismes governamentals i grups d'interès públic. A més, hi ha d'haver mecanismes sistemàtics per assegurar que la nova evidència de la recerca s'introdueix a la política i a la pràctica del programa. Si tot el coneixement existent sobre quines estratègies de política funcionen i quines no s'apliqués totalment, això podria tenir un impacte més gran per millorar la salut pública.

Recomanacions per a la recerca	Actors pertinents	Evidència (capítol)
II.1. Cal establir i finançar infraestructures europees per dur a terme una recerca mitjançant estudis sobre l'alcohol de col·laboració transfronterera (vegeu el quadre 10.1).	(I) Institucions europees (II) Estats membres i regions	Tot l'informe

Recomanacions per a la recerca	Actors pertinents	Evidència (capítol)
II.2. Cal crear i finançar infraestructures europees per revisar i difondre els resultats principals de la recerca sobre les polítiques en matèria d'alcohol mitjançant, per exemple, registres i bases de dades. La base de l'evidència s'hauria de transformar en polítiques i pràctiques senzilles d'entendre, basades en una sèrie d'eines i guies pràctiques.	(I) Institucions europees (II) Estats membres i regions	Tot l'informe
II.3. Cal establir i finançar programes de recerca sobre l'alcohol a llarg termini i de finançament públic (vegeu el quadre 10.1).	(I) Institucions europees (II) Estats membres i regions	Tot l'informe
II.4. Cal desenvolupar la capacitat de recerca sobre polítiques relacionades amb l'alcohol mitjançant programes de formació professional.	(I) Institucions europees (II) Estats membres i regions	Tot l'informe

Els sistemes d'informació són un component clau per oferir un accés més ampli al coneixement. La intel·ligència és molt més que tenir informació, ja que implica identificar i interpretar coneixements essencials per prendre decisions a partir d'una sèrie de fonts formals i informals. La intel·ligència hauria d'incloure: tendències actuals i futures i informació del sistema (per exemple nivells, tendències i desigualtats en àrees de consum alcohòlic i dany relacionat amb l'alcohol), factors de risc per al dany, grups vulnerables, reptes d'organització o institucionals per implementar una política, govern, factors i actors contextuals importants (el context polític, econòmic i institucional), els papers i la motivació dels diferents actors, les preferències dels usuaris i consumidors, les oportunitats i restriccions per al canvi i els esdeveniments i reformes en altres sectors que tinguin implicacions per a la política en matèria d'alcohol. Aquesta informació hauria de ser accessible a través dels mitjans electrònics i s'hauria de publicar de manera regular i oberta per promoure un debat documentat i públic entre els polítics i la societat pel que fa als resultats, els determinants, i les futures prioritats d'acció i inversió.

Recomanacions per a la informació	Actors pertinents	Evidència (capítol)
II.5. Cal establir i finançar un Centre Europeu de Monitorització de l'Alcohol (CEMA), amb entitats equivalents als estats membres.	(I) Institucions europees (II) Estats membres i regions	Tot l'informe
II.6. Cal recalcar al Grup de Treball sobre Indicadors de Salut de la UE la importància d'incloure indicadors sobre el consum d'alcohol, els danys que comporta el consum d'aquesta substància i la resposta davant les polítiques i els programes d'alcohol dins la llista d'Indicadors de Salut de la Comunitat Europea.	(I) Institucions europees	Tot l'informe
II.7. Cal establir programes de control de l'alcohol per tal de poder comparar i analitzar la informació als diferents països de la UE (vegeu el quadre 10.1).	(I) Institucions europees (II) Estats membres i regions	Tot l'informe
II.8. Cal establir i mantenir una base de dades europea que inclogui les lleis, les normatives i les polítiques i programes efectius a escala europea, nacional i municipal.	(I) Institucions europees (II) Estats membres i regions (III) Municipis	9

Quadre 10.1: Millora de la informació i la investigació relacionada amb l'alcohol

Al llarg de tot aquest informe, hi ha hagut àrees pertinents a la salut pública on no es disposava de prou informació comparativa per extreure conclusions sòlides. Tot i que fer una llista detallada de recomanacions per a la recerca va més enllà de l'objectiu d'aquest informe (vegeu l'estudi ECAS II), les àrees següents han ocorregut als autors com a buits clau per tractar:

Poder comparar dades

1 Atesos els problemes substancials en la comparabilitat i solidesa de certes dades, un nou Centre Europeu de Monitorització de l'Alcohol (CEMA, vegeu la recomanació II.6) hauria de ser una font de millors pràctiques per als estats membres i altres institucions. Aquestes millors pràctiques haurien d'incloure habilitats en la interpretació i contextualització de temes sobre el consum i la seva variació Europa. També podria ser un arxiu de conjunts de dades.

2 Aquesta infraestructura hauria de proporcionar una sèrie de definicions estàndards però flexibles per a les dades relacionades amb l'alcohol. Aquestes definicions haurien de ser vàlides tant per al consum d'alcohol (per exemple, els nivells límit per als episodis de consum intensiu) i els problemes relacionats amb l'alcohol (per exemple, la definició de mort causada per la conducció sota els efectes de l'alcohol).

Avaluacions econòmiques

- 3 El cost social i extern de l'alcohol s'hauria d'avaluar utilitzant una metodologia estandaritzada a tots els estats membres.
- 4 Mentre el projecte CHOICE de l'OMS representa un primer pas important cap a les anàlisis de cost-benefici de les polítiques en matèria d'alcohol, hi ha necessitat de fer més investigació a Europa per avaluar els costos i els beneficis de les opcions de política potencials i avaluar l'impacte econòmic de les polítiques que recentment s'han adoptat.
- 5 Una avaluació econòmica contundent i transparent també inclou l'anàlisi de: (i) el nombre de treballs relacionats amb l'alcohol, (ii) què passa amb la despesa dels consumidors si gasten menys diners en l'alcohol i l'efecte del canvi del consum d'alcohol en (iii) àrees de l'economia estretament relacionades amb l'alcohol i (iv) l'economia en general.

Consum d'alcohol

- 6 Calen més enquestes repetides i comparatives, especialment als països de la UE10, sobre l'abstinència, el consum de grans quantitats d'alcohol, els episodis de consum intensiu, l'embriaguesa, el context del consum (amb els àpats, en públic), la dependència de l'alcohol i el consum no registrat (contraban, compres legals transfrontereres). Mentre aquestes àrees (a part del consum no registrat) es van mencionar al projecte sobre Indicadors de salut de la Comunitat Europea,¹ no es van seleccionar per la llista breu i només representen àrees potencials d'investigació en un futur. La seva importància, per tant, s'ha de remarcar en el Grup de Treball sobre Indicadors de Salut de la UE.
- 7 Les mesures contra els episodis de consum intensiu i l'embriaguesa (i la seva relació amb els resultats) s'ha d'investigar més per determinar la seva validesa transcultural i per oferir informació sòlida sobre el comportament en estat d'embriaguesa a Europa. Els qui elaboren les polítiques també haurien de considerar si el terme *consum episòdic elevat* és suficientment significatiu per substituir el terme *episodi de consum intensiu*, estigmatitzat en el debat públic.

¹ Vegeu els punts 2.3.5, 2.3.17, 3.1.2, 3.2.2 a la llista llarga original d'Indicadors de salut de la Comunitat Europea (febrer 2004), que es pot consultar a http://ec.europa.eu/comm/health/ph_information/indicators/docs/longlist_en.pdf

- 8** Una investigació més detallada del consum dels joves seria valuosa per entendre les tendències contemporànies, especialment si s'inclou la investigació de les causes de consum actual de la gent jove, per exemple, les motivacions per consumir (i com es relacionen amb els resultats) i els factors de risc més amplis de consum entre els joves. Aquesta investigació també pot incloure una anàlisi del grup d'edat de 18 a 25 anys, que té importància per al desenvolupament dels individus, així com el focus més convencional en edats més joves.

Danys socials

- 9** Hi ha una clara necessitat d'investigació més àmplia en gairebé tots els aspectes dels danys socials relacionats amb l'alcohol, on s'inclou la família, el lloc de treball, els delictes, el comportament sexual i els danys menys seriosos però més usals.
- 10** Les noves investigacions s'haurien de centrar, especialment, en el dany a tercers, així com:
- i. Els delictes: tant els mètodes individuals com conjunts són necessaris per comparar els delictes causats per l'alcohol a Europa.
 - ii. El lloc de treball: s'hauria d'investigar la possibilitat d'introduir preguntes sobre l'alcohol i el lloc de treball a l'enquesta de forces de treball actual.
- 11** La metodologia de la investigació sobre els danys socials també requereix atenció, especialment en relació amb la validesa de les mesures utilitzades a l'enquesta. S'han de fer més investigacions per saber com s'atribueixen els problemes a l'alcohol que incloguin fins a quin punt això varia a Europa. Per exemple, les enquestes podrien preguntar els nivells de danys no atribuïts a l'alcohol abans de preguntar sobre les atribucions a l'alcohol, de manera que les proporcions de risc i les atribucions que varien es puguin identificar.

Danys per a la salut

- 12** Mentre que l'estudi Global Burden of Disease de l'OMS representa un avenç important respecte a treballs anteriors, seria útil si futures versions també poguessin:
- investigar un escenari imaginari (per exemple, la càrrega total de morbiditat en comparació amb el consum baix d'alcohol).
 - proporcionar un mecanisme amb el qual l'impacte dels canvis en els nivells/patrons de consum es pugui estimar i relacionar amb les anàlisis de rendibilitat.
- 13** Les institucions de la UE també haurien de considerar el finançament d'una anàlisi profunda del paper de l'alcohol en el buit sanitari entre la UE10 i la UE15.

Política en matèria d'alcohol

- 14** També s'haurien de realitzar estudis comparatius en col·laboració amb els altres països per observar l'impacte de les diferents opcions de les polítiques relacionades amb l'alcohol a Europa. Aquests estudis també haurien d'investigar què passa quan les polítiques en matèria d'alcohol canvien als estats membres.

- 15** S'ha de realitzar una revisió de l'evidència dels efectes dels programes generals de reducció del risc (més que dels específics de l'alcohol) en l'impacte dels patrons de consum i el dany.
- 16** S'han de realitzar anàlisis de les elasticitats respecte al preu i als ingressos de les begudes alcohòliques als diferents estats membres on s'incloguin elasticitats creuades respecte als productes, l'impacte dels canvis d'impostos als diferents grups d'edat i de nivell adquisitiu i les estimacions d'ingressos per part dels governs respecte als diferents règims d'impostos sobre l'alcohol.
- 17** Cal realitzar anàlisis de l'impacte dels impostos diferencials en les begudes alcohòliques i les exempcions personals liberalitzades en les compres transfrontereres.
- 18** Les actituds públiques respecte a la política en matèria d'alcohol a Europa s'haurien d'investigar, observant les diferències entre els grups dins dels països així com entre els estats membres de la UE. Aquesta investigació ha de tenir en compte la necessitat d'una presa de decisions informada (la qual, en una situació de poc coneixement, pot incloure metodologies com tallers deliberatius).

III. Preparació i implementació d'estratègies i plans finançats

La política en matèria d'alcohol està formada per estratègies i plans d'acció que es desenvolupen a Europa, als països, a les regions i als municipis. A Europa, la Comissió està preparant una àmplia estratègia per donar suport als estats membres per reduir els danys per a la salut i socials causats per l'alcohol que ha de contribuir a una productivitat més alta i el desenvolupament econòmic sostenible a la Unió d'acord amb els objectius establerts a l'Estratègia de Lisboa. L'Organització Mundial de la Salut també ha proporcionat un marc d'acció per als estats membres europeus.⁸

En l'àmbit dels països, els governs tenen la responsabilitat en última instància de definir i responsabilitzar-se d'una política clara de l'alcohol per a tot el país i les regions dins d'un país. Moltes autoritats diferents que prenen decisions estan implicades en la formulació i la implementació de la política en matèria d'alcohol, com els ministeris de salut, les autoritats del transport o les agències tributària. Els governs necessiten establir un sistema de coordinació efectiu i permanent semblant a un consell nacional de l'alcohol, constituït per representants d'alt càrrec de diferents ministeris i altres membres, amb l'objectiu d'assegurar que s'adopta una estratègia coherent per a les polítiques en matèria d'alcohol i que els objectius de les polítiques estan degudament equilibrats de manera política i tècnica.

Els objectius especifiquen encara més els reptes polítics, permeten controlar el seu progrés i encoratgen molts socis perquè donin suport de manera activa a avenços en la política en matèria d'alcohol. Els objectius requereixen una avaluació de la situació actual i ajuden a de-

⁸ <<http://www.euro.who.int/Governance/RC/RC55/2005092> 1>

terminar les prioritats, poden centrar el debat en el que s'espera aconseguir i perquè i si això ha estat satisfactori o no, i per quins motius. També proporcionen una eina de comunicació potent i fan que les polítiques es puguin debatre més enllà dels àmbits burocràtics, la qual cosa les converteix en temes públics que es poden entendre de manera clara. També ofereixen a tots els implicats una millor comprensió de l'abast de la política, reforcen la responsabilitat quant a salut i motiven la gent per emprendre accions.

La responsabilitat de l'impacte sanitari de les polítiques en matèria d'alcohol i dels programes recau en tots els sectors de la societat, així com en els funcionaris de govern que creen polítiques, destinen recursos i creen lleis. Els mecanismes com les auditories de la política en matèria d'alcohol, els litigis per dany a la salut i l'accés públic als informes sobre les avaluacions d'impacte poden assegurar que tant el sector públic com el sector privat són públicament responsables dels efectes en la salut de les polítiques i accions de l'alcohol. La presa de responsabilitat es pot aconseguir mitjançant mecanismes de coordinació, supervisió i avaluació del progrés en la implementació de polítiques i mitjançant procediments per informar les institucions seleccionades, així com a través dels mitjans de comunicació.

Un mètode per finançar programes i reduir els problemes relacionats amb l'alcohol és establir un impost específic per a l'alcohol. Això vol dir que una part dels ingressos derivats de la tributació es destinarien a una activitat específica, com la implementació d'una política o l'assistència sanitària.

Moltes polítiques i programes relacionats amb l'alcohol són delegats a les jurisdiccions dels països, on s'inclouen les autoritats de govern local i els municipis. Dins d'un marc per a aquesta delegació, és vital que la legislació del país o de les regions sigui permissiva en comptes de restrictiva respecte a la capacitat d'actuació de les autoritats governamentals local i els municipis.

Recomanacions per a estratègies i plans d'acció	Actors pertinents	Evidència (capítol)
III.1. Cal consolidar un mecanisme i un punt focal europeus per a la política en matèria d'alcohol dins la Comissió Europea, dotat del personal adequat i els recursos financers suficients per supervisar el desenvolupament de les polítiques en matèria d'alcohol europees i la implementació de l'estratègia de la Comissió en matèria d'alcohol.	(I) Institucions europees	8
III.2. Cal establir o reforçar, en tots els àmbits d'actuació, i proporcionar el finançament adequat als mecanismes de coordinació i els punts focals de les polítiques en matèria d'alcohol.	(I) Institucions europees (II) Estats membres i regions (III) Municipis	9

III.3. Cal crear i implementar plans d'acció sobre l'alcohol amb finalitats, estratègies i objectius clars.	(I) Institucions europees (II) Estats membres i regions (III) Municipis	9
III.4. Cal establir un sistema de finançament previsible per a les organitzacions, els programes i els recursos humans involucrats en la reducció dels problemes relacionats amb l'alcohol. A més, cal analitzar la viabilitat i la conveniència de destinar part dels impostos de l'alcohol (impost hipotecat) per finançar les organitzacions i els recursos esmentats.	(I) Institucions europees (II) Estats membres i regions (III) Municipis	9
III.5. Cal fomentar el suport a les mesures de política en matèria d'alcohol entre la societat civil i la societat política, mitjançant campanyes i iniciatives de conscienciació.	(I) Institucions europees (II) Estats membres i regions (III) Municipis	7
III.6. Cal elaborar informes regulars sobre l'alcohol i posar-los a disposició d'un públic en el sentit més ampli.	(I) Institucions europees (II) Estats membres i regions (III) Municipis	Tot l'informe

IV. Altres polítiques i actuacions i col·laboració transfronterera

El consum alcohòlic, els danys causats per la política l'alcohol i la política en matèria d'alcohol reben majoritàriament la influència d'altres **sectors i altres Direccions Generals**, on s'inclou la llei del comerç de la Unió Europea (UE). En els llocs on es comercia un producte com l'alcohol, i això és rellevant per a la salut, és important reconèixer l'obligació del Tractat que afirma que «s'ha d'assegurar un nivell alt de protecció de la salut humana en la definició i la implementació de totes les polítiques i activitats comunitàries». Això significa que els interessos sobre temes de salut s'han d'incorporar en les polítiques d'altres Direccions Generals i en les accions per millorar el mercat únic.

La **lleï del comerç global i europea** pot restringir les polítiques en matèria d'alcohol, malgrat l'existència de certes limitacions en matèria de salut pública. Això és especialment palpable quan la legislació tracta l'alcohol només com una mercaderia econòmica, sense

considerar el gran impacte sanitari de moltes d'aquestes lleis. Atès que la Unió Europea té un compromís legal per tenir en compte la salut en totes les seves activitats, cal pal·liar aquest buit a Europa. Els **governos** han de ser conscients de quan s'implantarà millor una política en matèria d'alcohol a les localitats i municipis, quan s'ha de ratificar el respecte de les lleis de diferents països en relació a la política en matèria d'alcohol (cortesia) i quan són més adequades les accions comunitàries a Europa i globalment.

Recomanacions per a l'avaluació de l'impacte i l'acció col·lectiva	Actors pertinents	Evidència (capítol)
IV.1. Els qui elaboren les polítiques de salut i els consultors han de controlar els riscos inherents al procés de liberalització del mercat i garantir que les qüestions de salut es tinguin en compte a les negociacions comercials, tant a escala europea com a escala mundial.	(I) Institucions europees (II) Estats membres i regions	8
IV.2. Cal dur a terme estudis analítics i de viabilitat per determinar el moment òptim per a les actuacions col·lectives de política en matèria d'alcohol, tant a escala europea com a escala mundial, i de quina manera es pot reforçar la cortesia internacional amb relació a les polítiques en matèria d'alcohol.	(I) Institucions europees (II) Estats membres i regions	8
IV.3. Cal aportar més recursos per avaluar l'impacte de les polítiques i les activitats de la Comunitat Europea (inclosa la política agrària) en els danys i els costos que es deriven del consum d'alcohol.	(I) Institucions europees	8

Recomanacions específiques per a la política en matèria d'alcohol

El capítol 1 indicava que l'objectiu principal de les polítiques en matèria d'alcohol era servir els interessos de salut pública i benestar social mitjançant el seu impacte en la salut i els determinants socials, com els patrons de consum, l'entorn de consum i els serveis sanitaris disponibles per tractar els bevedors amb problemes relacionats amb l'alcohol. Hi ha molta evidència per aconsellar quines polítiques en matèria d'alcohol i programes funcionen i quins no per protegir els joves, protegir tercers i reduir els problemes relacionats amb l'alcohol als adults. Tot i que gran part de l'evidència científica prové de fora d'Europa,

la seva solidesa és reforçada per la coherència de l'evidència al llarg dels anys a diferents jurisdiccions, països i cultures.

L'evidència més clara de l'efectivitat per reduir els problemes relacionats amb l'alcohol prové de (i) les contramesures per a la conducció sota els efectes de l'alcohol, (ii) el preu i els impostos, (iii) les restriccions sobre la disponibilitat d'alcohol, on s'inclou una edat mínima per comprar alcohol, (iv) les restriccions en les comunicacions comercials, (v) la gestió dels entorns de consum i (vi) les intervencions breus i el tractament en atenció primària i els serveis de traumatologia i urgències.

Els programes i les polítiques educatives, com els programes educatius per promoure els conductors designats i els programes educatius escolars, són els menys efectius. D'altra banda, els programes als mitjans de comunicació tenen un paper especial a l'hora de reforçar la consciència social dels problemes creats pel consum alcohòlic i crear una base per emprendre accions específiques.

També es veu clarament que tant l'aplicació com les estratègies àmplies són importants. Per exemple, l'impacte del servei de begudes responsable és més alt quan hi ha una aplicació activa i el suport de programes de prevenció comunitaris. Aquestes polítiques també han de rebre suport d'una millor consciència i informació dels riscos relacionats amb el consum de begudes alcohòliques, així com de campanyes per als ciutadans sobre la implementació d'iniciatives polítiques.

Les organitzacions no governamentals són uns socis essencials en tots els aspectes de la política en matèria d'alcohol. Són el component vital d'una societat civil moderna, i fan augmentar la consciència de la gent sobre els temes i les seves preocupacions, promouen canvis i creen diàleg sobre la política. Les organitzacions que tracten amb famílies, els drets civils, culturals, econòmics, polítics i socials són d'especial importància, i també ho són les organitzacions que tracten amb els drets dels nens i els joves. El seu rol en la política en matèria d'alcohol s'hauria de reforçar per (i) incloure la supervisió de la implementació de les lleis existents, codis i pràctiques del sector públic i privat, (ii) traduir la base de l'evidència en polítiques clarament enteses i pràctiques per reduir els problemes relacionats amb l'alcohol; (iii) protegir i representar la població civil per a la implementació d'aquestes polítiques i pràctiques, i (iv) recollir i difondre informació i coneixement per mobilitzar la població civil i donar suport a la implementació de polítiques basades en l'evidència.

La indústria de les begudes alcohòliques i altres indústries relacionades tenen un rol particular per a la implementació de polítiques i programes relacionats amb l'alcohol. Això pot incloure (i) la formació i supervisió de les persones que serveixen begudes alcohòliques i de totes les persones implicades en la cadena de venda d'alcohol per assegurar la responsabilitat de complir la llei i reduir el risc que hi hagi conseqüències perjudicials d'intoxicació, els patrons de consum perjudicials i el risc de conduir sota els efectes de l'alcohol, (ii) assegurar que tot el procés de màrqueting (desenvolupament del producte, preu, segmentació del mercat, objectius, publicitat, campanyes de promoció i disponibilitat física) no promou de cap manera que una beguda alcohòlica incideixi directament en els menors, (iii) assumir avaluacions de l'impacte en l'entorn sanitari i social de les seves accions i (iv) fer declaracions públiques i informes del grau d'implementació de tot el que s'ha dit.

V. Reducció de la conducció sota els efectes de l'alcohol

La Unió Europea ha establert un objectiu de reduir a la meitat el nombre de persones mortes en accidents de trànsit per carretera entre el 2000 i el 2010 mitjançant la unificació de penes i la promoció de noves tecnologies per millorar la seguretat viària. Les polítiques per reduir la conducció sota els efectes de l'alcohol que són altament efectives inclouen taxes d'alcoholèmia més baixes, control d'alcoholèmies sense restriccions (aleatori), suspensió del permís de conduir, així com taxes més baixes d'alcoholèmia i permisos de conduir progressius per als conductors joves. Mentre els dispositius de blocatge d'arrencada es poden utilitzar com a mesura preventiva, el seu ús per als infractors que condueixen sota els efectes de l'alcohol només duren mentre el dispositiu està col·locat. No hi ha cap evidència d'un impacte efectiu dels programes de conductor designat i de conducció segura o dels cursos educatius escolars. Perquè les lleis per reduir la conducció sota els efectes de l'alcohol siguin efectives han de donar-se a conèixer, si el públic no coneix els canvis en la llei o l'extensió de la seva aplicació, no és probable que aquestes lleis tinguin efectes per reduir la conducció sota els efectes de l'alcohol. Quan s'incorporen com a part dels programes comunitaris, les mesures contra la conducció sota els efectes de l'alcohol semblen ser més efectives.

Recomanacions sobre alcohol i conducció	Actors pertinents	Evidència (capítol)
V.1. Cal establir una taxa legal d'alcoholèmia de 0,5 g/l a tot Europa. Els països que hagin fixat un límit per sota d'aquesta quantitat no han d'augmentar-lo.	(I) Institucions europees (II) Estats membres i regions	7
V.2. Cal establir un límit més baix, de 0,2 g/l, per als conductors joves i els conductors de vehicles de servei públic i vehicles amb mercaderies pesades. Els països que hagin fixat un límit per sota d'aquesta quantitat no han d'augmentar-lo.	(I) Institucions europees (II) Estats membres i regions	7
V.3. Cal implementar controls d'alcoholèmies sense restriccions a tot Europa, fent servir etilòmetres que segueixin un estàndard equivalent i acordat entre els diversos països.	(I) Institucions europees (II) Estats membres i regions	7
V.4. Cal implementar sancions comunes a tot Europa, amb claredat i promptitud, classificades, com a mínim, segons la taxa d'alcoholèmia.	(I) Institucions europees (II) Estats membres i regions	7

V.5. Cal implementar, a tot Europa, programes d'educació viària, rehabilitació i tractament vinculats a sancions i basats en guies i protocols consensuats basats en l'evidència.	(I) Institucions europees (II) Estats membres i regions	7
V.6. Cal dur a terme una campanya d'àmbit europeu per donar suport a les actuacions per reduir la conducció sota els efectes de l'alcohol.	(I) Institucions europees	7
V.7. Abans de finançar i implementar qualsevol altra campanya nova, cal avaluar l'impacte que exerceixen les campanyes actuals de conductor designat en la reducció dels accidents i les víctimes mortals causats per la conducció sota els efectes de l'alcohol.	(I) Institucions europees (II) Estats membres i regions	7
V.8. Cal implementar cursos de formació efectius i adequats per al sector de l'hostaleria i les persones que serveixen alcohol per tal de reduir el risc de conduir sota els efectes de l'alcohol.	(III) Municipis	7
V.9. Cal implementar programes comunitaris integrals d'educació i mobilització, inclosos iniciatives de planificació urbanística i transport públic, per reduir la conducció sota els efectes de l'alcohol.	(III) Municipis	7

VI. Suport a l'educació, la comunicació, la formació i la conscienciació pública

Els anuncis de servei públic i les campanyes públiques d'educació, especialment les que se centren en directrius per al consum de baix risc, tenen evidència limitada d'efectivitat, tot i que les estratègies de participació dels mitjans de comunicació són importants per guanyar suport públic quant als canvis polítics. Tot i que hi ha exemples de l'impacte beneficiós per als individus de l'educació a les escoles, les revisions sistemàtiques i les metanàlisis indiquen que la majoria dels estudis ben avaluats no mostren cap impacte de l'educació, fins i tot a curt termini. Hi ha experiència considerable del que pot ser una millor pràctica en els programes

educatius escolars, però actualment no hi evidència convincent sobre la seva efectivitat. Això no implica que els programes educatius no s'hagin de fer, ja que les persones necessiten ser informades del consum alcohòlic i els danys que això causa, però l'educació a les escoles no s'ha de veure com l'única resposta per reduir els problemes relacionats amb l'alcohol, i no és una alternativa a mesures de política en matèria d'alcohol més efectives.

Recomanacions per a l'educació i la conscienciació pública	Actors pertinents	Evidència (capítol)
VI.1. Els programes educatius no s'han d'implementar de manera aïllada, com una mesura de la política en matèria d'alcohol o amb l'única finalitat de reduir els problemes relacionats amb l'alcohol, sinó més aviat com una estratègia per fomentar la conscienciació sobre els problemes creats per l'alcohol i per preparar el terreny per a les intervencions específiques i els canvis de política.	(II) Estats mem- bres i regions (III) Municipis	7
VI.2. Cal proporcionar finançament per avaluar l'estructura i l'impacte dels programes basats en l'individu més prometedors.	(II) Estats mem- bres i regions (III) Municipis	7
VI.3. Cal implementar programes educatius extensos, que comencin a la primera infància, per informar els joves sobre les conseqüències del consum d'alcohol per a la salut, la família i la societat i les mesures efectives que es poden emprendre per prevenir o reduir-ne els danys.	(II) Estats mem- bres i regions (III) Municipis	7
VI.4. Cal avaluar els programes de tipus educatiu importats d'un altre país o una altra cultura al nou entorn abans d'implementar-los de manera generalitzada.	(II) Estats mem- bres i regions (III) Municipis	7
VI.5. Cal fer servir campanyes als mitjans de comunicació per informar i conscienciar els ciutadans sobre la implementació d'iniciatives polítiques.	(I) Institucions europees (II) Estats mem- bres i regions	7

VII. Etiquetatge per als consumidors

Tot i que hi ha evidència limitada de l'impacte de les etiquetes d'advertència en les begudes alcohòliques per reduir els problemes relacionats amb l'alcohol, els consumidors europeus es poden beneficiar de rebre informació adequada i coherent sobre l'alcohol per tal d'ajudar-los a elegir. L'envasament i l'etiquetatge no ha de ser enganyós per als consumidors, ni tampoc s'ha de dissenyar perquè incideixi directament en els nens i adolescents.

Recomanacions sobre l'etiquetatge	Actors pertinents	Evidència (capítol)
VII.1. Cal que els envasos que continguin begudes alcohòliques portin un missatge d'avís, determinat pels organismes sanitaris, que descrigui els efectes perjudicials de l'alcohol a l'hora de conduir un vehicle o fer servir maquinària i durant l'embaràs, a més d'altres missatges, si escau.	(I) Institucions europees (II) Estats mem- bres i regions	7
VII.2. L'embalatge i l'etiquetatge de les begudes alcohòliques no ha de promocionar cap beguda de manera que pugui crear una impressió equivocada sobre les caracte- rístiques o els efectes per a la salut, ni tampoc no ha d'incitar, directa- ment o indirectament, als menors a consumir.	(I) Institucions europees (II) Estats mem- bres i regions	7

VIII. Polítiques que regulen el mercat de l'alcohol

Preu i mesures impositives

Els impostos són una política efectiva per reduir els problemes relacionats amb l'alcohol, i tenen un impacte més gran en els joves i en els bevedors amb consum de risc d'alcohol. També s'ha vist que tenen un impacte especial per reduir els problemes relacionats amb l'alcohol a tercers. Els impostos de l'alcohol generen ingressos directes per als governs i a causa de la relativa inelasticitat de la demanda de l'alcohol, aquests ingressos generalment estan més relacionats amb les taxes d'impostos de mitjana que els nivells de consum, i per tant permeten un marge considerable a la majoria de països per apujar els impostos abans que s'aconsegueixi l'ingrés màxim.

Hi ha una enorme discrepància en els índexs actuals d'impostos entre els països, fins i tot quan s'ajusten segons el poder adquisitiu, i una meitat dels països encara no tenen impos-
tos sobre el vi. Els impostos estandarditzats són un objectiu de fa anys a la Unió Europea, principalment perquè la combinació d'un mercat únic i les àmplies variacions dels impostos

provoquen serioses distorsions del mercat i la pèrdua d'ingressos derivats de la tributació. A més, hi ha una necessitat continuada d'augmentar els índexs mínims d'acord amb la inflació (24%) de manera que les taxes no esdevinguin obsoletes.

Les conseqüències dels impostos diferencials entre els països són límits alts i cada vegada més liberals de la quantitat d'alcohol que els individus poden transferir entre els països.

Recomanacions sobre impostos, compres legals transfrontereres i contraban	Actors pertinents	Evidència (capítol)
VIII.1. Cal augmentar la càrrega impositiva mínima de totes les begudes alcohòliques d'acord amb la inflació. Com a mínim, aquest impost hauria de ser proporcional al contingut d'alcohol de les begudes i cobrir els costos externs de l'alcohol, determinats per una metodologia consensuada i estandarditzada.	(I) Institucions europees (II) Estats membres i regions	7
VIII.2. Els estats membres han de poder fer ús lliurement dels impostos per fer front a problemes específics que puguin sorgir amb begudes alcohòliques concretes, com les que són atraients per a la gent jove.	(I) Institucions europees (II) Estats membres i regions	9
VIII.3. Cal marcar les begudes alcohòliques per determinar-ne l'origen i el moviment comercial i, d'aquesta manera, poder fer estimacions sobre el volum i el valor del contraban d'alcohol a la UE i entre els països de la UE.	(I) Institucions europees (II) Estats membres i regions	3
VIII.4. Els estats membres han de poder limitar lliurement les vendes transfrontereres individuals perquè no disminueixi l'impacte de les seves polítiques impositives.	(I) Institucions europees (II) Estats membres i regions	3

Restriccions sobre la disponibilitat d'alcohol

Hi ha una forta evidència de l'efectivitat de les polítiques que gestionen la disponibilitat física d'alcohol (amb l'augment de l'edat mínima per comprar alcohol i la gestió dels dies i hores de venda). L'evidència mostra que si l'horari d'obertura per a la venda d'alcohol s'amplia, és més probable que els danys siguin més violents. Les polítiques que gestionen la disponibilitat

d'alcohol es deleguen principalment als municipis. Només poden ser efectives si la legislació nacional i regional és més permissiva més que restrictiva i si les polítiques s'apliquen de manera adequada.

Recomanacions sobre l'edat mínima per comprar alcohol i la disponibilitat d'alcohol	Actors pertinents	Evidència (capítol)
VIII.5. Cal implementar un sistema mínim de permisos per a la venda de begudes alcohòliques a tot Europa, respectant els sistemes de permisos existents allà on siguin més estrictes.	(I) Institucions europees (II) Estats membres i regions (III) Municipis	7
VIII.6. Cal prohibir la venda de begudes alcohòliques a les persones menors de l'edat establerta per la legislació interna o nacional, o bé menors de 18 anys, respectant el límit d'edat més restrictiu.	(II) Estats membres i regions (III) Municipis	7
VIII.7. Cal que les jurisdiccions que regulen els distribuïdors de begudes alcohòliques segons el nombre i la densitat d'establiments, la situació i els horaris i els dies de venda no suavitzin la normativa vigent. En canvi, a les jurisdiccions on no hi hagi aquest tipus de normativa o on s'apliquin normatives molt limitades, caldrà analitzar l'impacte que comportaria introduir-les o reforçar-les.	(II) Estats membres i regions	7
VIII.8. Cal implementar una sèrie de sancions, cada cop més rigoroses, als venedors i distribuïdors de begudes alcohòliques, com retirar el permís de venda o tancar l'establiment permanentment o temporalment, per tal de garantir el respecte de les mesures pertinents.	(III) Municipis	7

Publicitat de l'alcohol, promoció i patrocini

Hi ha evidències que els nous productes desenvolupats per la indústria de les begudes alcohòliques són atractius i fàcilment consumits pels consumidors que no tenen l'edat mínima per

consumir. Les promocions de preu augmenten els episodis de consum intensiu i l'exposició a la publicitat en el punt de venda prediu l'inici del consum entre els joves. Hi ha evidència de la incidència dels anuncis d'alcohol en els consumidors que no tenen l'edat mínima per consumir alcohol, i evidència contundent que l'exposició a la televisió, els vídeos musicals i el patrocini amb anuncis d'alcohol prediuen l'inici del consum entre els joves i un consum més elevat. Els estudis fets als consumidors han mostrat que els anuncis d'alcohol creen actituds i expectatives positives respecte a l'alcohol. Els estudis fets als consumidors també mostren que l'exposició a la publicitat del tabac augmenta la iniciació al consum de tabac entre els joves, l'exposició a la publicitat de menjar canvia el comportament de consum dels nens i hi ha cada vegada més evidència que l'exposició als anuncis d'alcohol augmenta la iniciació al consum alcohòlic entre els adolescents. Malgrat les dificultats dels estudis basats en la població, hi ha evidència d'alguns estudis econòmics que troben una relació entre el volum de publicitat, el comportament de consum i els resultats, mentre que d'altres no. Atès que els anuncis tenen un impacte especial en la promoció d'una actitud més positiva del consum entre els joves, és probable que restringir el contingut dels anuncis redueixi els danys, tot i que això no s'ha avaluat específicament. Fins a data d'avui, l'autoregulació de les comunicacions comercials per part de la indústria de les begudes alcohòliques no té dades contundents d'efectivitat.

Recomanacions per a les comunicacions comercials	Actors pertinents	Evidència (capítol)
VIII.9. Cal que les comunicacions comercials s'implementin en igualtat de condicions a tot Europa i es basin en les normatives vigents als estats membres, tendint cada cop més, a llarg termini, a no fer publicitat a la televisió ni al cinema, no patrocinar esdeveniments i limitar els missatges i les imatges publicitàries, que s'han de limitar a la qualitat del producte.	(I) Institucions europees (II) Estats membres i regions	7
VIII.10. Cal reforçar el contingut i el volum de l'article 15 de la Directiva Televisió Sense Fronteres, i realitzar una anàlisi sobre el seu compliment als estats membres.	(I) Institucions europees (II) Estats membres i regions	7 8
VIII.11. En cas que la indústria de les begudes alcohòliques o el sector del màrqueting hagin adoptat estratègies d'autoregulació, caldrà que un organisme independent d'aquests dos sectors en faci un seguiment i les arbitri.	(I) Institucions europees (II) Estats membres i regions	7

IX. Reducció dels danys als entorns de consum

Les estratègies que alteren el context del consum tenen potencial per reduir els problemes relacionats amb l'alcohol i s'apliquen bàsicament al consum en bars i restaurants, on l'efectivitat depèn d'una aplicació adequada. Aquestes estratègies també són més efectives si reben el suport dels programes de prevenció municipals i comunitaris.

Recomanacions per als entorns de consum	Actors pertinents	Evidència (capítol)
IX.1. La planificació urbanística, les estratègies comunitàries, les normatives i restriccions dels permisos, les polítiques de transport i la gestió dels entorns de consum han de permetre reduir els efectes negatius que comporta la intoxicació etílica, especialment per als residents locals.	(III) Municipis	7
IX.2. Cal implementar la formació efectiva i adequada pel que fa a la indústria hostalera i a les persones que serveixen alcohol, per tal de reduir les conseqüències negatives de la intoxicació etílica i els patrons de consum perjudicial d'alcohol.	Indústria de les begudes alcohòliques	7
IX.3. Cal implementar una política adequada i fer respectar les lleis sobre la venda d'alcohol i els permisos de comercialització destinats als establiments amb més probabilitats de comportar danys.	(III) Municipis	7
IX.4. Cal implementar projectes de mobilització ciutadana i intervenció col·lectiva amb els recursos suficients i que impliquin diversos sectors i socis per crear entorns de consum d'alcohol més segurs i reduir els danys associats amb el consum d'aquesta substància.	(III) Municipis	7

X. Consells per combatre el consum de risc i perjudicial d'alcohol i la dependència de l'alcohol

Hi ha una àmplia evidència de l'impacte i l'anàlisi cost-efectivitat del consell breu ofert en nombrosos entorns diferents per reduir el consum perjudicial d'alcohol. El consell breu no només fa un ús efectiu de recursos escassos, sinó que si s'implanta àmpliament, pot tenir un gran impacte en la població per reduir els problemes relacionats amb l'alcohol. Hi ha més evidència que indica que el personal d'atenció primària pot involucrar-se per oferir una identificació precoç i programes de consell breu.

Recomanacions per als consells	Actors pertinents	Evidència (capítol)
X.1. Cal crear i implementar guies integrades i basades en l'evidència per oferir consell breu sobre el consum de risc i perjudicial d'alcohol a diversos escenaris, amb la finalitat d'harmonitzar a l'alça la qualitat i l'accessibilitat del tractament.	(II) Estats membres i regions (III) Municipis	7
X.2. Cal crear i implementar programes de formació i suport per oferir consell breu sobre el consum de risc i perjudicial d'alcohol a diversos escenaris, amb la finalitat d'harmonitzar a l'alça els coneixements dels professionals de l'atenció primària.	(II) Estats membres i regions (III) Municipis	7
X.3. Cal proporcionar els recursos necessaris per garantir una àmplia disponibilitat i accessibilitat dels programes per identificar i aconsellar persones amb un consum de risc i perjudicial d'alcohol i amb dependència de l'alcohol.	(II) Estats membres i regions (III) Municipis	7

Annex 1. Glossari de termes

(Termes emprats en la política en matèria d'alcohol i àmbits relacionats de la salut pública)

Abstinència: no consumir begudes alcohòliques, tant per principi com per altres motius. Les persones que practiquen l'abstinència s'anomenen *abstemis*, *abstemis totals*, o, fent servir una terminologia més antiga, *abstinents*. El terme *abstemi actual*, que sovint s'utilitza en estudis poblacionals, sol definir una persona que no ha consumit cap beguda alcohòlica durant els darrers 12 mesos. Aquesta definició no coincideix necessàriament amb l'autodefinició d'abstemi de la persona enquestada (Organització Mundial de la Salut, 2005).

Abús: grup de termes d'ús freqüent però amb significats diversos. Es considera una categorial residual, ja que es prefereix el terme *dependència* en els casos pertinents. En algunes ocasions, s'empra el terme *abús*, amb un matis de desaprovació, per referir-nos a qualsevol tipus de consum i, especialment, el de drogues il·legals. Per la seva ambigüitat, el terme *abús* no s'inclou a la classificació ICD-10 (excepte en el cas de substàncies que no creen dependència, vegeu més endavant). Els termes equivalents són *consum perjudicial d'alcohol* i *consum de risc* (Organització Mundial de la Salut, 2005).

Accés a l'alcohol: mitjans pels quals s'obté l'alcohol. L'accés a l'alcohol és diferent segons la comunitat i pot variar des de cap mena d'accés (llocs on l'alcohol està prohibit), fins a sistemes de racionament i monopolis estatals de venda al detall, i distribuïdors privats al detall, que en permeten controlar la densitat, els horaris de venda i l'edat mínima legal per comprar alcohol (Hvalkof i Anderson, 1995).

Acció col·lectiva: aquest terme fa referència explícita a les accions que pretenen reduir els problemes relacionats amb l'alcohol des d'una perspectiva combinada que influènciï no només el comportament individual en matèria de salut, sinó també l'entorn sanitari en general (Hvalkof i Anderson, 1995).

Acció col·lectiva per a la salut: esforços col·lectius per augmentar el control de la comunitat sobre els determinants de salut i, per tant, millorar la salut (Organització Mundial de la Salut, 1998).

Acció intersectorial: accions en les quals el sector sanitari i altres sectors pertinents col·laboren per aconseguir un objectiu comú, coordinant les contribucions dels diversos sectors (Organització Mundial de la Salut, 1998).

Acció multisectorial: a la pràctica, aquest terme és un sinònim d'*acció intersectorial*, però recalca la contribució i la responsabilitat de diversos sectors (Organització Mundial de la Salut, 1998).

Acquis communautaire (cabal comunitari): és un terme francès que significa, bàsicament, «la UE tal com és», és a dir, els drets i les obligacions que comparteixen els països que integren la Unió Europea. En aquest cabal s'inclouen tots els tractats, lleis, declaracions, resolucions, acords internacionals sobre assumptes relacionats amb la UE i tots els judicis establerts pel Tribunal de Justícia (Comissió Europea, 2005).

Addicció: consum repetitiu d'una o diverses substàncies psicoactives que fa que l'usuari, anomenat addicte, s'intoxiqui periòdicament o de manera crònica, mostri un comportament compulsiu a l'hora de consumir la substància o substàncies preferides, experimenti una dificultat enorme per deixar de consumir o modificar el consum de la substància voluntàriament, i mostri la seva determinació a l'hora d'obtenir substàncies psicoactives, gairebé per qualsevol mitjà (Organització Mundial de la Salut, 2005).

AELC: aquest acrònim significa Associació Europea de Lliure Comerç, una organització fundada l'any 1960 per fomentar el lliure comerç de béns entre els estats membres. Originàriament, l'Associació comptava amb set membres: Àustria, Dinamarca, Noruega, Portugal, Suècia, Suïssa i el Regne Unit. Finlàndia va entrar a formar-ne part l'any 1961, Islàndia, el 1970, i Liechtenstein, el 1991. L'any 1973, el Regne Unit i Dinamarca van abandonar l'AELC i es van adherir a la CEE. A aquests dos països els van seguir Portugal, el 1986, i Àustria, Finlàndia i Suècia, el 1995. Actualment, els membres de l'AELC són Islàndia, Liechtenstein, Noruega i Suïssa (Comissió Europea, 2005).

Alcohol: en terminologia química, els alcohols són un grup molt ampli de compostos orgànics derivats dels hidrocarburs que contenen un o més grups hidroxils (-OH). L'etanol (C2H5OH, alcohol etílic) és un d'aquests tipus de compostos, a més de ser l'ingredient psicoactiu principal de les begudes alcohòliques. Per extensió, el terme *alcohol* s'empra per referir-nos a les begudes alcohòliques (Organització Mundial de la Salut, 2005).

Alcohol absolut: etanol amb una concentració d'un 1% o menys per massa d'aigua. Vegeu també *alcohol* (Organització Mundial de la Salut, 2005).

Alcoholisme: és un terme que s'ha utilitzat durant molt de temps i que té un significat variable. Normalment, es fa servir per referir-se al consum continu crònic o al consum periòdic d'alcohol, que es caracteritzen per la manca de control del consum, episodis freqüents d'intoxicació i l'obsessió per l'alcohol i el consum d'alcohol, malgrat les conseqüències negatives que comporta. A causa de la seva inexactitud, aquest terme va ser desaprovat per un comitè d'experts de l'OMS*, que va preferir l'expressió més limitada de *síndrome de dependència de l'alcohol* com un dels diversos problemes relacionats amb l'alcohol. El terme *alcoholisme* no s'inclou com a entitat diagnòstica a l'ICD-10 (vegeu *síndrome de dependència*) (Organització Mundial de la Salut, 2005).

* Problemes relacionats amb el consum d'alcohol. Informe d'un comitè d'experts de l'OMS. Ginebra. Organització Mundial de la Salut, 1980 (sèries d'informes tècnics de l'OMS, núm. 650).

Alcopops: tipus de beguda alcohòlica amb gas i colorants artificials, de gust dolç i que es comercialitza en ampolles d'uns 300 ml. Aquest tipus de begudes reben altres noms més formals, com *licors premesclats*, *begudes alcohòliques aromatitzades* i *begudes de disseny* (Babor [et al.], 2003).

Anàlisis de sèries temporals: procediment estadístic que permet extreure les interferències de dues sèries de mesuraments repetits realitzats amb les mateixes persones o organitzacions en diferents moments. Tot i que aquest mètode posa èmfasi en la comprensió de les relacions causals, la qüestió clau és esbrinar la manera com un canvi en una sèrie es correspon amb un canvi a l'altra sèrie (amb altres factors controlats) (Last, 2001; modificat).

Anys de vida ajustats per invalidesa: unitat composta i resumida de mesura de la salut que combina els anys perduts per la mort prematura amb els anys perduts per una invalidesa (Last, 2001; modificat).

Assaig clínic aleatoritzat: tipus d'estudi en el qual els participants en la investigació es distribueixen aleatòriament en una o més condicions d'intervenció per determinar quina serà més beneficiosa. L'assaig és aleatori per eliminar els errors que podrien produir l'autoselecció o altres tipus de predisposicions sistemàtiques (Last, 2001; modificat).

Atenció primària: primer nivell d'atenció, generalment proporcionada en un entorn ambulatori (en comparació amb l'atenció secundària i terciària, que solen produir-se en un hospital) (Organització Mundial de la Salut, 1998).

Atenció primària de salut: l'atenció primària de salut és la funció central i la columna vertebral del sistema sanitari d'un país, el vehicle principal per proporcionar atenció sanitària i el nivell més perifèric d'un sistema sanitari, que arriba de la perifèria al centre, a més d'una part integral del desenvolupament social i econòmic d'un país (Hvalkof i Anderson, 1995).

Autoregulació: aquest terme fa referència explícita a un mecanisme mitjançant el qual una entitat, generalment la indústria de les begudes alcohòliques, estableix codis de pràctica sobre el contingut o la ubicació dels anuncis de begudes alcohòliques (Hvalkof i Anderson, 1995).

Autorització per als distribuïdors: llicències que autoritzen la venda de begudes alcohòliques i disposicions legals que estableixen els dies i l'horari de venda autoritzats. A alguns països, aquest terme es divideix en llicències per al consum a l'establiment i fora de l'establiment (Hvalkof i Anderson, 1995).

Avaluació comparativa: eina que permet mesurar el rendiment d'un país, una empresa, un sector, etc., comparant-lo amb altres països, empreses o sectors. L'element de referència per a la comparació és l'estàndard mitjançant el qual s'avalua el rendiment. És una de les tècniques que es fan servir a «l'Estratègia de Lisboa» (vegeu més endavant) (Comissió Europea, 2005).

Avaluació de l'impacte en la salut: estimació del total dels efectes, directes i indirectes, d'una política, un programa, un servei o una institució en l'estat de salut i el desenvolupament sanitari i socioeconòmic general (Organització Mundial de la Salut, 1998).

Bé públic: bé produït per una llei dedicada o dirigida a fomentar el benestar general de les persones o la comunitat en conjunt (Hvalkof i Anderson, 1995).

Beguda alcohòlica: líquid que conté alcohol (etanol) i que s'empra com a beguda (Organització Mundial de la Salut, 2005).

CE: aquest acrònim fa referència a la «Comunitat Europea» o a la «Comissió Europea» (Comissió Europea, 2005).

Classificació internacional de funció, discapacitat i salut (ICF): sistema estàndard pensat per classificar i registrar diverses invalideses als sistemes sanitaris d'arreu del món (Babor [et al.], 2003).

Classificació internacional de malalties i problemes relacionats amb la salut (ICD): sistema estàndard utilitzat per classificar, definir i registrar malalties i problemes relacionats amb la salut als sistemes sanitaris de tot el món. L'Organització Mundial de la Salut el publica i el revisa periòdicament (Babor [et al.], 2003).

Codis de publicitat: autoregulació dels estàndards de publicitat per part de la indústria de l'alcohol i/o altres sectors, normalment especificant el contingut de la publicitat de begudes alcohòliques i les poblacions exposades a aquesta publicitat (Babor [et al.], 2003).

Comissió Europea: institució políticament independent que representa i defensa els interessos de la Unió Europea en conjunt. Presenta propostes de legislació, polítiques i programes d'acció i és responsable d'implementar les decisions del Parlament i el Consell (Comissió Europea, 2005).

Competència en matèria de salut: competència individual per influenciar factors determinants de salut (Organització Mundial de la Salut, 1998).

Competències: aquest terme inclou els poders i les responsabilitats. Se sol emprar als debats polítics en els quals es parla sobre quins poders i quines responsabilitats haurien de tenir les institucions europees i quins les autoritats nacionals, regionals i locals (Comissió Europea, 2005).

Comunitat Europea: nom actual d'allò que, en un principi, es va anomenar Comunitat Econòmica Europea, o CEE (Comissió Europea, 2005).

Conducció sota els efectes de l'alcohol: terme que es prefereix per fer referència a l'acció delictiva de conduir un vehicle amb una taxa d'alcoholèmia superior al límit establert (Organització Mundial de la Salut, 2005).

Consell d'Europa: el Consell d'Europa no és una institució europea, sinó una organització intergovernamental amb seu a Estrasburg i que té com a objectiu (entre altres coses) protegir els drets humans, fomentar la diversitat cultural d'Europa i combatre els problemes socials, com la xenofòbia i la intolerància. El Consell d'Europa va ser creat l'any 1949 i un dels seus primers fruits va ser la redacció de la Convenció Europea dels Drets Humans. Per tal que els ciutadans puguin exercir els seus drets, establerts a la Convenció, s'ha creat el Tribunal Europeu dels Drets Humans (Comissió Europea, 2005).

Consell de la Unió Europea: antigament conegut com el Consell de Ministres, aquesta institució està integrada pels ministres dels governs de tots els països de la UE. El Consell es reuneix regularment per prendre decisions específiques i aprovar la legislació europea (Comissió Europea, 2005).

Consell Europeu: reunió de caps d'estat i de govern (és a dir, presidents i/o primers ministres) de tots els països de la UE, més el president de la Comissió Europea. El Consell Europeu es reuneix, en principi, quatre vegades l'any per acordar la política general de la Unió i revisar els progressos realitzats. És l'organisme legislatiu de més alt nivell de la Unió Europea i, per aquest motiu, les reunions se solen anomenar «cimeres» (Comissió Europea, 2005).

Consum d'alcohol de baix risc: terme inexacte que descriu un patró de consum que, implícitament, es compara amb el consum elevat d'alcohol. La quantitat consumida és moderada i no comporta problemes. A vegades, es parla de consum de baix risc en comparació amb consum baix (Organització Mundial de la Salut, 2005).

Consum d'alcohol no registrat: consum d'alcohol que no apareix a les estadístiques oficials sobre consum de begudes alcohòliques (Hvalkof i Anderson, 1995).

Consum d'alcohol registrat: nivell de consum nacional que indiquen els registres de gravàmens i impostos indirectes de l'alcohol i les estadístiques realitzades rutinàriament sobre la producció, el comerç i el consum (Hvalkof i Anderson, 1995).

Consum de risc: patró de consum de substàncies que augmenta el risc de l'usuari de patir conseqüències perjudicials. En alguns casos, es limita a les conseqüències en la salut física i mental (com en el cas del consum perjudicial), i en altres, també inclou les conseqüències socials. Comparat amb el consum perjudicial, el consum

de risc fa referència a patrons de consum que són rellevants per a la salut pública, a pesar de l'absència de trastorns actuals en el consumidor. El terme s'utilitza avui dia a l'OMS però no forma part de la terminologia de l'ICD-10 (Organització Mundial de la Salut, 2005).

Consum elevat d'alcohol: patró de consum d'alcohol que supera els estàndards de consum de baix risc o, expressat de manera menys precisa, consum social d'alcohol. El consum elevat d'alcohol se sol determinar quan una persona supera cert volum de consum diari (per exemple, tres begudes alcohòliques per dia) o certa quantitat per ocasió de consum (per exemple, cinc begudes en una sola ocasió, com a mínim un cop per setmana) (Organització Mundial de la Salut, 2005).

Consum excessiu d'alcohol: actualment, es prefereixen altres termes per designar un patró de consum que es considera que supera algun estàndard de consum moderat d'alcohol o acceptabilitat. El *consum de risc* és l'equivalent aproximat que es fa servir avui dia (Organització Mundial de la Salut, 2005).

Consum inadequat de drogues o alcohol: consum d'una substància per a un propòsit determinat, sense respectar les pautes legals o mèdiques, com l'ús de medicaments amb recepta per a propòsits no mèdics. En alguns casos es prefereix fer servir aquest terme en lloc d'*abús*, ja que es considera menys crític (Organització Mundial de la Salut, 2005).

Consum per capita: quantitat mitjana d'alcohol pur (normalment, calculat en litres) consumit durant un període determinat de temps (per exemple, un any). Aquesta xifra es calcula dividint la quantitat total d'alcohol pur consumit durant el període de temps establert pel nombre total de persones d'una població, inclosos els nens i els abstemis. El consum adult per capita (o consum per adult) és la quantitat total d'alcohol consumida dividida pel nombre d'adults, que, en algunes ocasions, es defineixen com persones de més de 15 anys (Babor [et al.], 2003).

Consum perjudicial: patró de consum de substàncies psicoactives que perjudica la salut. Els danys poden ser físics (per exemple, hepatitis causada pel consum de drogues injectades) o mentals (per exemple, episodis depressius secundaris pel consum elevat d'alcohol). El consum perjudicial sol comportar, tot i que no sempre, conseqüències socials negatives. Tot i així, aquestes conseqüències socials per si soles no són suficients per justificar una diagnosi de consum perjudicial (Organització Mundial de la Salut, 1992).

Consum problemàtic d'alcohol: situació en la qual el consum d'alcohol comporta problemes, individuals o col·lectius, de salut o socials. Una persona amb un consum problemàtic d'alcohol és algú que experimenta problemes de salut o socials a causa del consum d'alcohol. Hi ha diverses fórmules per no esmentar l'etiquetatge inherent d'aquest terme com, per exemple, *problemes relacionats amb el consum d'alcohol* i *problemes pel consum d'alcohol* (Organització Mundial de la Salut, 2005).

Consum responsable d'alcohol: terme que utilitzen alguns governs per referir-se al consum de begudes alcohòliques amb moderació. Aquest tipus de consum no comporta danys per a la salut ni altres problemes per al consumidor ni per a les altres persones (Babor [et al.], 2003).

Consum social d'alcohol: (1) Literalment, significa beure alcohol en companyia, en contrast amb beure alcohol sol. (2) Sovint, s'empra de manera imprecisa per expressar un patró de consum que no és problemàtic. (3) De manera més prescriptiva, és l'ús de begudes alcohòliques d'acord amb els costums socials, principalment en companyia d'altres persones, i només per raons d'acceptació social i de manera socialment acceptable. Cal tenir en compte que el consum social d'alcohol no és necessàriament un consum de baix risc. En algunes societats d'Amèrica del Sud, per exemple, els seus membres participen en festes dedicades al consum d'alcohol aprovades pel col·lectiu, sovint fins a la intoxicació (Organització Mundial de la Salut, 2005).

Contrapublicitat: accions relacionades amb l'ús de missatges d'estil publicitari que donen a conèixer els riscos i les conseqüències negatives del consum d'alcohol. La contrapublicitat s'utilitza per equilibrar els efectes que causa la publicitat de begudes alcohòliques en el consum d'aquesta substància. Poden ser anuncis impresos o emesos pels mitjans de comunicació (per exemple, anuncis de serveis públics) o etiquetes d'avertència als productes (Babor [et al.], 2003).

Control aleatori d'alcoholèmia: consisteix a aturar una mostra aleatòria de conductors i fer-los un control d'alcoholèmia, assegurant-se d'identificar tant les persones que superin el límit però no mostrin evidències immediates de deficiències de conducció, com les que sí que mostrin signes de deficiència (Hvalkof i Anderson, 1995).

Control de l'alcohol: qualsevol mesura governamental relacionada amb la compra, la producció o el comerç de begudes alcohòliques, independentment dels objectius que tingui aquesta mesura (Babor [et al.], 2003).

Control de producció: aquest terme fa referència explícita als controls o les normes específiques sobre la producció real de begudes alcohòliques (Hvalkof i Anderson, 1995).

Control informal: normalment, fa referència als controls del consum d'alcohol o del comportament després d'haver begut realitzats per familiars, amics, companys o altres persones en entorns no professionals o no institucionals. Sovint mostren valors culturals o de la societat (Hvalkof i Anderson, 1995).

Convencions internacionals sobre drogues: tractats internacionals relacionats amb el control de la producció i la distribució de drogues psicoactives. Els primers tractats (Llei General de Brussel·les de 1889-90, Convenció de St. Germain-en-Laye del 1912) controlaven el tràfic de licors a l'Àfrica durant l'època colonial. El primer tractat sobre substàncies actualment controlades va ser la Convenció de la Haia del 1912. Les disposicions d'aquest tractat i les dels acords successius es van consolidar a la Convenció Única sobre Drogues Narcòtiques del 1961, esmenada mitjançant un Protocol l'any 1972. A aquests tractats s'hi han afegit la Convenció sobre Substàncies Psicotròpiques del 1971 i la Convenció contra el Tràfic Il·legal de Drogues Narcòtiques i Substàncies Psicotròpiques del 1988 (Organització Mundial de la Salut, 2005).

Costos socials de l'alcohol: costos generals per a qualsevol societat causats pel consum, la producció i la distribució de l'alcohol, que concerneix sectors com el sanitari, el benestar, la indústria, el trànsit rodat, l'aplicació de la legislació i el sistema penal (Hvalkof i Anderson, 1995).

Criteris de Copenhaguen: el mes de juny del 1993, els líders de la Unió Europea, reunits a Copenhaguen, van establir tres criteris que qualsevol país candidat (vegeu més amunt) ha de complir per poder formar part de la UE. En primer lloc, cal que el país tingui unes institucions estables, que garanteixin la democràcia, l'estat de dret, els drets humans i el respecte per les minories. En segon lloc, el país ha de disposar d'una economia de mercat. I en tercer lloc, ha d'acceptar el cabal comunitari (vegeu més amunt) i estar d'acord amb els diversos objectius de la Unió Europea. La UE es reserva el dret de decidir en quin moment un país candidat ha complert aquests criteris i quan estarà preparada la UE per acceptar un nou membre (Comissió Europea, 2005).

Dany relacionat amb l'alcohol: qualsevol dels efectes negatius del consum d'alcohol que experimenta la persona que consumeix aquesta substància o d'altres persones al seu voltant. Aquest terme és un sinònim de *problema relacionat amb l'alcohol*, *problema alcohòlic* i *problema pel consum d'alcohol* (Hvalkof i Anderson, 1995).

Defensa de la salut pública: accions dels professionals de la salut i altres persones amb autoritat en l'àmbit sanitari per influenciar les decisions i les accions de les comunitats i els governs que tenen cert control sobre els recursos que incideixen en la salut (Hvalkof i Anderson, 1995).

Densitat de distribuïdors d'alcohol: nombre d'establiments que comercialitzen begudes alcohòliques per capita (Hvalkof i Anderson, 1995).

Dependència: com a terme general, estat en què la persona necessita o depèn d'alguna cosa o de l'ajuda d'una altra persona per funcionar o sobreviure. Quan s'aplica a l'alcohol i altres drogues, el terme implica la necessitat de dosis reiterades de la droga per sentir-se bé o per evitar sentir-se malament. El terme *dependència* sense qualificatiu inclou tant elements físics com psicològics. La dependència psicològica o psíquica consisteix a experimentar problemes per controlar el consum d'alcohol o drogues, mentre que la dependència fisiològica o física fa referència a la tolerància i els símptomes d'abstinència (Organització Mundial de la Salut, 1992).

Desenvolupament de la salut: procés de millora continuada i progressiva de l'estat de salut d'una població (Organització Mundial de la Salut, 1998).

Determinants de salut: diversos factors personals, socials, econòmics i de l'entorn que determinen l'estat de salut de les persones o les poblacions. Els factors que influeixen la salut són molt nombrosos i interactius. El foment de la salut inclou, principalment, accions i estratègies de suport per millorar tots els determinants de salut potencialment modificables: no només els relacionats amb les accions de les persones, com els comportaments en qüestions de salut i l'estil de vida, sinó també altres factors externs, com els ingressos i el nivell social, l'educació, la feina i les condicions de treball, l'accés als serveis sanitaris adequats i els entorns físics. Tots aquests factors combinats creen diverses condicions de vida que tenen un impacte en la salut. Els canvis en aquests estils i condicions de vida, que determinen l'estat de salut, es consideren conseqüències intermèdies de salut (Organització Mundial de la Salut, 1998).

DG (Direcció General): el personal de les institucions europees principals (Comissió, Consell i Parlament) s'organitza en diversos departaments, anomenats Direccions Generals (DG). Cadascuna d'elles és responsable

de tasques o àmbits de polítiques específics. El cap administratiu d'una DG s'anomena *director general* (a vegades també abreviat com a *DG*) (Comissió Europea, 2005).

Disponibilitat als comerços al detall: aquest terme fa referència explícita a la disponibilitat d'alcohol als distribuïdors al detall (Hvalkof i Anderson, 1995).

Disponibilitat d'alcohol: disponibilitat general d'alcohol, que sovint es divideix en disponibilitat a l'engròs i disponibilitat al detall (Hvalkof i Anderson, 1995).

Distribució del consum d'alcohol en la població: és la manera com el consum d'alcohol està distribuït en la població. Alguns estudis empírics demostren que la distribució del consum d'alcohol és molt asimètrica, i s'allarga cap als nivells de consum elevats. La distribució és unimodal i no hi ha cap punt de tall per distingir entre les persones amb un consum baix i amb un consum elevat d'alcohol (Hvalkof i Anderson, 1995).

Edat legal per comprar alcohol: edat per sota de la qual les persones tenen prohibit per llei comprar alcohol (Hvalkof i Anderson, 1995).

Edat mínima per comprar alcohol: edat mínima en la qual és legal comprar begudes alcohòliques. Segons el país, sol variar entre els 16 i els 21 anys. En alguns països, hi ha edats mínimes diferents per a tipus de begudes o circumstàncies de consum diversos (Babor [et al.], 2003).

Educació normativa: lliçons, debats i exercicis a l'hora de classe pensats per proporcionar informació objectiva (sovint, obtinguda a partir d'enquestes escolars) sobre la magnitud del consum d'alcohol i drogues entre la població en edat escolar. Normalment, els estudiants sobreestimen la rellevància del consum de substàncies. Aquesta informació pretén reduir la pressió per imitar o sotmetre's a la norma percebuda (Babor [et al.], 2003).

Educació sanitària: oportunitats per aprendre creades de manera conscient per facilitar els canvis de comportament (Organització Mundial de la Salut, 1998).

EEE: aquest acrònim fa referència a l'**Espai Econòmic Europeu**, integrat per la Unió Europea i els països de l'AELC (vegeu a continuació), exceptuant Suïssa. L'Acord de l'EEE, que va entrar en vigor l'1 de gener de 1994, permet que Islàndia, Liechtenstein i Noruega gaudeixin dels beneficis del mercat únic europeu sense disposar de tots els privilegis ni haver de complir totes les responsabilitats dels països membres de la Unió (Comissió Europea, 2005).

Elàstic respecte al preu: representa la situació en la qual el percentatge de canvi en la quantitat d'alcohol consumit (o demandat) supera el percentatge de canvi del preu (Babor [et al.], 2003).

Elàstic respecte al preu unitari: representa la situació en la qual el percentatge de canvi en el preu és igual al percentatge de canvi en la quantitat d'alcohol consumit (o demandat) (Babor [et al.], 2003).

Elasticitat-preu de la demanda: els economistes utilitzen el terme *elasticitat* per descriure la sensibilitat d'una variable davant dels canvis en una altra variable. L'elasticitat-preu de la demanda mesura la sensibilitat de la demanda de begudes alcohòliques davant dels canvis de preu. Per això, cal comparar els canvis proporcionals dels preus amb els canvis proporcionals de la quantitat que es demanda. La relació s'expressa en forma de proporció o coeficient (Babor [et al.], 2003).

Episodi de consum intensiu: patró de consum elevat d'alcohol que té lloc durant un període de temps prolongat i dedicat a aquest propòsit. Als estudis de població, el període se sol definir com més d'un dia de consum. També s'utilitzen els termes *consum compulsiu* i *consum concentrat episòdic*, mentre que *episodi de consum* defineix l'ocasió. Una persona que experimenta episodis de consum intensiu d'alcohol és algú que consumeix aquesta substància seguint, en la major part, aquest patró i, sovint, intercala períodes d'abstinència (Organització Mundial de la Salut, 2005).

Establiments amb llicència per vendre alcohol: establiments que disposen d'un permís legal de l'autoritat administrativa per a la venda al detall i el consum de begudes alcohòliques (Babor [et al.], 2003).

Estat de salut: terme general que s'empra per expressar la condició de salut d'una persona, un grup o una població i es mesura amb estàndards definits. Els indicadors de salut de l'OMS proporcionen estàndards acceptats internacionalment per a diversos aspectes de l'estat de salut (Organització Mundial de la Salut, 1998).

Estat membre: país que pertany a una organització internacional. El terme també s'empra sovint per referir-nos als governs d'aquests països. Des del dia 1 de maig de 2004, els estats membres de la Unió Europea són Bèlgica, la República Txeca, Dinamarca, Alemanya, Estònia, Grècia, Espanya, França, Irlanda, Itàlia, Xipre, Letònia, Lituània, Luxemburg, Hongria, Malta, els Països Baixos, Àustria, Polònia, Portugal, Eslovènia, Eslovàquia, Finlàndia, Suècia i el Regne Unit (Comissió Europea, 2005).

Estratègia: pla d'acció a llarg termini meditat i exhaustiu que proporciona el marc per a activitats i esdeveniments individuals (Organització Mundial de la Salut, 1998).

Estratègia basada en la població: aquest terme fa referència explícita a les mesures o estratègies relacionades amb el consum d'alcohol en general que tenen com a objectiu reduir l'ocurrència dels problemes relacionats amb l'alcohol. La finalitat d'aquestes estratègies és crear un ambient que ajudi les persones a triar opcions saludables i que dificulti o encareixi les opcions menys saludables (Hvalkof i Anderson, 1995).

Estratègia d'alt risc: generalment, es refereix a les polítiques que pretenen actuar en contextos o comportaments específics d'alt risc (Hvalkof i Anderson, 1995).

Estratègia de Lisboa: per fer front als principals competidors a escala mundial, la Unió Europea necessita una economia moderna i eficient. El mes de març de 2000, els líders polítics de la UE, reunits a Lisboa, van establir un nou objectiu: convertir la UE, en el termini d'una dècada, en «l'economia basada en el coneixement més competitiva i dinàmica del món, capaç de mantenir el creixement amb més llocs de treball i de millor qualitat i més cohesió social». Els líders de la UE també van acordar una estratègia detallada per assolir aquest objectiu. A «l'Estratègia de Lisboa» s'inclouen temes com la investigació, l'educació, la formació, l'accés a Internet i els negocis en línia. A més, també conté la reforma dels sistemes de protecció social europeus, que s'han de fer sostenibles per tal que les futures generacions puguin gaudir dels seus beneficis. Cada primavera, el Consell Europeu es reuneix per revisar els progressos de la implementació de l'Estratègia de Lisboa (Comissió Europea, 2005).

Estratègia universal: estratègia preventiva dirigida a tota la població i no només als consumidors d'alcohol d'alt risc (Babor [et al.], 2003).

Etiquetes d'avertència: missatges impresos als envasos de les begudes alcohòliques que adverteixen els consumidors sobre els efectes nocius de l'alcohol per a la salut (Babor [et al.], 2003).

Eurobaròmetre: servei de la Comissió, creat l'any 1973, que mesura i analitza les tendències de l'opinió pública a tots els estats membres (antics i nous) i als països candidats. Conèixer l'opinió pública general és important, ja que ajuda la Comissió Europea a esbossar les propostes legislatives, prendre decisions i avaluar la seva feina. L'Eurobaròmetre utilitza enquestes d'opinió i reunions de grup. Els estudis que sorgeixen d'aquest servei comporten la publicació d'uns 100 informes cada any. Per a més informació, consulteu http://ec.europa.eu/comm/public_opinion/index_en.htm (Comissió Europea, 2005).

Expectativa sanitària: mesura, basada en la població, de la proporció d'esperança de vida estimada de la persona en condicions saludables i amb plenes capacitats, o sense malalties, afeccions ni invalideses, d'acord amb les normes i percepcions socials i els estàndards professionals. Alguns exemples d'indicadors d'expectativa sanitària que s'utilitzen actualment són els anys de vida sense invalideses i els anys de vida ajustats per qualitat (AVAQ). La funció principal d'aquests indicadors és determinar fins a quin punt les persones viuen sense patir invalideses, trastorns i/o malalties cròniques (Organització Mundial de la Salut, 1998).

Experiments naturals: investigació del canvi dins i amb relació al context natural on succeeix com, per exemple, quan una política s'implementa en un col·lectiu però no en un altre col·lectiu comparable. Implica que l'investigador no té cap influència en l'adveniment del canvi (Babor [et al.], 2003).

Factor de risc: nivell social, conductual o biològic, comportaments o ambients que s'associen o causen més susceptibilitat davant d'una malaltia, problema de salut o lesió específiques (Organització Mundial de la Salut, 1998).

Factors de confusió: aquest terme fa referència explícita als factors que poden influenciar la relació que hi ha entre un factor de risc, l'alcohol i un indicatiu de les conseqüències, és a dir, un dany relacionat amb l'alcohol. A l'hora d'analitzar la relació entre el consum d'alcohol i els danys que causa aquesta substància, cal tenir en compte els factors de confusió més rellevants. Per exemple, si s'analitza la relació entre el consum d'alcohol i el càncer de mama, caldrà comprovar l'efecte de l'índex de massa corporal (Last, 2001; modificat).

Foment de la salut: procés que permet a les persones i els col·lectius augmentar el control sobre els determinants de salut i, d'aquesta manera, millorar la seva salut. Es tracta d'un concepte en evolució que inclou el foment d'estils de vida i altres factors socials, econòmics, ambientals i personals per millorar la salut (Organització Mundial de la Salut, 1998).

Formació de les persones que serveixen begudes alcohòliques: formació del personal dels establiments amb llicència per vendre alcohol, com a mecanisme per reduir els episodis d'intoxicació (Hvalkof i Anderson, 1995).

Funció de risc: aquest terme fa referència explícita a la relació entre la quantitat d'alcohol consumit i diverses conseqüències físiques i socials del consum d'alcohol (Hvalkof i Anderson, 1995).

Governança: sistema mitjançant el qual la societat organitza i gestiona els assumptes de diversos sectors i associats per aconseguir els seus objectius (Organització Mundial de la Salut, 1998).

Habilitats fonamentals: habilitats personals, socials, cognitives, i físiques que permeten a les persones controlar i dirigir les seves vides, desenvolupar la capacitat de viure i produir canvis al seu entorn (Organització Mundial de la Salut, 1998).

Harmonització: significa apropar la legislació nacional de diversos països, sovint, amb la finalitat d'eliminar barreres nacionals que puguin obstruir la lliure circulació de treballadors, béns, serveis i capital. En altres paraules, harmonitzar significa assegurar-se que les normes establertes pels diversos països de la Unió Europea, en cadascun dels aspectes en els quals la UE té responsabilitat, imposen obligacions similars als seus ciutadans i certes obligacions mínimes a cada país. Harmonització també pot significar coordinar les normes tècniques nacionals per tal que els productes i els serveis es puguin comercialitzar lliurement als països de la UE. En contra de les creences populars, l'harmonització no és una estandardització absoluta i sense motiu, des de la curvatura dels cogombres fins al color de les pastanagues. Normalment, només vol dir que els països membres de la UE reconeixen les normes de seguretat dels altres membres (Comissió Europea, 2005).

Hores i dies de venda: dies de la setmana i hores del dia durant els quals la venda de begudes alcohòliques per al consum dins o fora de l'establiment és legal (Babor *[et al.]*, 2003).

Impostos de l'alcohol: és la part del cost total d'una beguda alcohòlica que paguen els consumidors i que va a parar a l'erari públic (Babor *[et al.]*, 2003).

Indicadors: variables que ajuden a mesurar, directament o indirecta, [canvis en la situació de salut] i a avaluar fins a quin punt s'assoleixen els objectius i les fites d'un programa. Pel que fa als objectius de Salut per a tots, s'utilitzen tant indicadors quantitatius com qualitatius (Organització Mundial de la Salut, 1998).

Inelàstic respecte al preu: representa la situació en la qual el percentatge de canvi en el preu supera el percentatge de canvi en la quantitat d'alcohol consumit (o demandat) (Babor *[et al.]*, 2003).

Intervenció breu: estratègia de tractament que ofereix al pacient una teràpia estructurada de poca duració (entre 5 i 30 minuts, generalment) amb l'objectiu d'ajudar-lo a deixar de consumir o reduir el consum d'una substància psicoactiva o bé, en casos menys freqüents, fer front a altres problemes vitals. Les intervencions breus estan pensades especialment per als metges de capçalera i altres professionals de l'atenció primària (Organització Mundial de la Salut, 2005).

Intervenció precoç: estratègia terapèutica que combina la identificació precoç del consum de risc o perjudicial d'una substància i el tractament corresponent (Organització Mundial de la Salut, 2005).

Intoxicació: afecció que es produeix després de l'administració d'una substància psicoactiva i que causa trastorns del nivell de consciència, la cognició, la percepció, el seny, l'afecte, el comportament, o altres funcions i respostes psicofisiològiques. Els trastorns estan relacionats amb els efectes farmacològics aguts i les conseqüències habituals de la substància i es resolen amb el pas del temps, que permet una recuperació completa, exceptuant els casos en què el teixit en resulta danyat o sorgeixen altres complicacions. El terme s'empra amb molta freqüència amb referència al consum d'alcohol i equival al mot *embriaguesa*, d'ús més comú. La intoxicació etílica es manifesta amb signes com el rubor a la cara, la mala articulació de les paraules, un pas poc estable, l'eufòria, un augment de l'activitat, la volubilitat, el comportament indisciplinat, les reaccions alentides, la disminució del seny, la manca de coordinació motriu, la insensibilitat o l'estupefacció. Amb freqüència, la droga es consumeix per tal d'assolir el nivell d'intoxicació desitjat. L'expressió conductual d'un nivell concret d'intoxicació està molt influenciada per les expectatives culturals i personals sobre els efectes de la droga (Organització Mundial de la Salut, 2005).

Intoxicació etílica: estat de deficiència funcional en el rendiment psicològic i psicomotriu, més o menys temporal, produït per la presència d'alcohol a l'organisme (Organització Mundial de la Salut, 1992).

Invalidesa: en el context de l'experiència sanitària, «qualsevol restricció o manca (causada per una minusvalidesa) de la capacitat de realitzar una activitat de la manera o dins la variació considerada normal per a una persona humana» (Organització Mundial de la Salut, 1998).

Invalideses relacionades amb l'alcohol: tots els problemes, malalties i altres conseqüències secundàries del consum, la intoxicació o la dependència de l'alcohol que minoren la capacitat individual per dur a terme una activitat física, social o econòmica. Vegeu també *problema relacionat amb l'alcohol* (Organització Mundial de la Salut, 2005).

Inversió en salut: aquest terme fa referència als recursos que es dediquen explícitament a generar salut i a millorar-la. Les inversions les poden realitzar agències públiques o privades, de manera individual o en grup. Les estratègies d'inversió en salut es basen en els coneixements sobre els determinants de salut i pretenen augmentar el compromís polític per dur a terme polítiques públiques saludables (Organització Mundial de la Salut, 1998).

Liberalització: generalment, aquest terme fa referència a un procés en el qual els controls ambientals es redueixen o s'eliminen (per exemple, reduccions dels impostos o eliminació de les restriccions de disponibilitat), mentre s'espera més responsabilitat de les persones pel que fa a les opcions i els comportaments (Hvalkof i Anderson, 1995).

Màrqueting de l'alcohol: foment de la venda d'alcohol mitjançant múltiples estratègies, com la publicitat a la televisió, la ràdio, els diaris i les revistes, la publicitat directa en alguns grups de consumidors, el patrocini d'esports i activitats culturals i donar més visibilitat a l'alcohol als programes televisius i les cançons populars (Hvalkof i Anderson, 1995).

Màrqueting social: estratègia de comunicacions sanitàries que aplica principis estàndards del màrqueting per «vendre» idees, actituds i comportaments saludables. El màrqueting social pretén influenciar els comportaments socials del públic objectiu i la societat en conjunt (Babor *[et al.]*, 2003).

Mediador: factor d'intervenció o factor intermedi com, per exemple, la intoxicació, que succeeix en una via causal d'un factor de risc, com el consum d'alcohol, i un problema de salut (o un problema social) com, per exemple, una lesió accidental. El mediador causa una variació en l'indicador del problema i el factor de risc causa una variació en el mediador (Last, 2001; modificat).

Mesures ambientals: mesures que exerceixen influència en l'accés físic a l'alcohol, com la promulgació d'una edat mínima legal per consumir alcohol, les restriccions en l'horari o els dies de comercialització de l'alcohol i les restriccions en el nombre, el tipus i la situació dels establiments que venen alcohol (Hvalkof i Anderson, 1995).

Metanàlisi: anàlisis estadístiques en les quals se seleccionen dades de diversos estudis i es tornen a analitzar de manera conjunta. Aquest tipus d'anàlisi és especialment útil quan s'ha de resoldre una qüestió concreta i, com a mínim, cert nombre d'estudis relativament rellevants han proporcionat conclusions diferents (Last, 2001; modificat).

Mètodes econòmics: mètodes estadístics que utilitzen els economistes per investigar la relació entre els factors econòmics i el consum d'alcohol o els problemes relacionats amb l'alcohol (Babor *[et al.]*, 2003).

Millora de la salut: augment de l'estat de salut mesurat d'una persona o una població, tant pel que fa als anys com a la qualitat de vida (Organització Mundial de la Salut, 1998).

Mobilització col·lectiva: augment de la conscienciació pública sobre un problema determinat i el suport públic a les polítiques per prevenir el problema (Babor *[et al.]*, 2003).

Monopoli de l'alcohol: monopoli que elimina la competència al mercat de l'alcohol i, per tant, descarta la motivació pels beneficis (Hvalkof i Anderson, 1995).

Mortalitat per qualsevol causa: nombre de morts a la població provocades per qualsevol tipus de causa (Babor *[et al.]*, 2003).

Nombre de distribuïdors: nombre d'establiments on es venen begudes alcohòliques (Babor [et al.], 2003).

Normes/polítiques de l'establiment: polítiques i procediments que adopten els establiments on es consumeix alcohol per proporcionar una pauta al seu personal a l'hora de tractar temes com els patrons d'intoxicació i els problemes relacionats amb l'alcohol (Babor [et al.], 2003).

Objectiu: fita general per la qual es lluita. En el sector sanitari, l'OMS ha definit l'objectiu de *Salut per a tots* per a l'any 2000, que significa que «les persones de tots els països han de gaudir, com a mínim, d'un nivell de salut que els permeti treballar productivament i participar activament en la vida social del país on viuen» (Organització Mundial de la Salut, 1998).

Organització intergovernamental: organització establerta mitjançant un acord intergovernamental. Exemples: OMS, Consell d'Europa, OCDE, altres agències especialitzades del sistema de les Nacions Unides (Organització Mundial de la Salut, 1998).

Organització no governamental: entitat organitzativa nacional o internacional, com un grup de ciutadans, una associació, un grup religiós o una fundació, que actua com a contrapès independent i flexible envers el govern i el sector empresarial amb ànim de lucre (Organització Mundial de la Salut, 1998).

País candidat: país que ha presentat una sol·licitud d'adhesió a la Unió Europea que ja ha estat acceptada oficialment. Abans que un país candidat pugui formar part de la UE, ha de complir els «criteris de Copenhaguen» (Comissió Europea, 2005).

País en procés d'adhesió: país candidat que compleix els criteris de Copenhaguen i ha finalitzat les negociacions per formar part de la Unió Europea (Comissió Europea, 2005).

País que ha sol·licitat l'adhesió: país que ha presentat una sol·licitud d'adhesió a la Unió Europea. Un cop la sol·licitud ha estat acceptada oficialment, el país passa a ser un «país candidat» (vegeu més endavant) (Comissió Europea, 2005).

Part interessada: qualsevol persona o organització que mostri interès o es vegi afectada per la legislació i el procés legislatiu de la Unió Europea. La Comissió Europea consulta la major proporció possible de parts interessades abans de proposar iniciatives sobre noves lleis o polítiques (Comissió Europea, 2005).

Participació col·lectiva: implicació activa de les persones que viuen en un mateix entorn, en algun tipus d'organització i cohesió socials, en la planificació, el funcionament i el control de l'atenció primària de salut, fent servir recursos locals, nacionals i d'altres tipus (Organització Mundial de la Salut, 1998).

Participació dels mitjans de comunicació: ús estratègic dels mitjans de comunicació de masses per fomentar una iniciativa de política pública o social (Hvalkof i Anderson, 1995).

Patró de consum d'alcohol: el patró de consum d'alcohol implica tant el nombre de begudes alcohòliques que es consumeixen per ocasió com la freqüència, el temps i el context d'aquestes ocasions (Babor [et al.], 2003).

Permis de conduir progressiu: procés mitjançant el qual els permisos de conduir presenten limitacions inicials dels privilegis de conduir (Babor [et al.], 2003).

Política de control de l'alcohol: conjunt de normes i altres mesures que restringeixen o bé controlen la producció i la comercialització de begudes alcohòliques i que solen estar administrades per agències específiques de cada govern. Inclou la política relacionada amb les intervencions de les autoritats estatals en la producció, el comerç i l'adquisició de begudes alcohòliques (controls de l'alcohol), i, en especial, els controls sobre la disponibilitat i els preus (Hvalkof i Anderson, 1995).

Política en matèria d'alcohol: mesures creades per controlar l'oferta i/o incidir en la demanda de begudes alcohòliques en una població. Inclou programes educatius i de tractament, control de l'alcohol i estratègies per reduir els danys causats per aquesta substància. El terme va sorgir als països escandinaus i va posar de manifest la necessitat de coordinar els esforços governamentals des de la perspectiva de la salut pública i/o l'ordre públic (Babor [et al.], 2003).

Política pública saludable: fa referència a la preocupació explícita per la salut i la igualtat en tots els àmbits de la política i la responsabilitat sobre l'impacte que pugui tenir en la salut. L'objectiu principal és «crear un entorn de suport per permetre que les persones duguin una vida saludable» (Organització Mundial de la Salut, 1998).

Política sanitària: conjunt de decisions o compromisos per emprendre plans d'acció destinats a assolir determinats objectius i fites per millorar la salut (Organització Mundial de la Salut, 1998).

Potencial de salut: grau de salut màxim del qual pot gaudir una persona. El potencial de salut depèn de l'atenció cap a un mateix i cap als altres, de ser capaç de prendre decisions i controlar la pròpia vida i d'assegurar-se que la societat on vivim crea les condicions necessàries perquè tots els seus membres puguin viure saludablement (Organització Mundial de la Salut, 1998).

Principi «qui contamina paga»: principi que s'ha incorporat a la legislació d'alguns països i que determina que els productors, responsables de la contaminació, han de pagar els costos de compensació per als danys causats i el costos posteriors de la «neteja» de la contaminació (Organització Mundial de la Salut, 1998).

Problema relacionat amb l'alcohol: qualsevol de les conseqüències negatives del consum d'alcohol. Cal recordar que *relacionat* no implica causalitat. Aquest terme va ser aprovat per un comitè d'experts de l'OMS l'any 1979* i es pot fer servir tant per referir-se a una persona que consumeix alcohol com per a la societat. En un informe de l'OMS del 1977 s'utilitza el terme *invalidesa relacionada amb l'alcohol* com a terme equivalent en l'àmbit individual.** També se sol emprar com a sinònim el terme *problema alcohòlic* (Organització Mundial de la Salut, 2005).

* Problemes relacionats amb el consum d'alcohol. Informe d'un comitè d'experts de l'OMS. Ginebra. Organització Mundial de la Salut, 1980 (sèries d'informes tècnics de l'OMS, núm. 650).

** Edwards, G. [et al.]. *Alcohol-related disabilities*. Ginebra, Organització Mundial de la Salut, 1977 (publicació periòdica de l'OMS, núm. 32).

Programes educatius relacionats amb l'alcohol: programes que s'apliquen a les escoles per tal de mostrar els perills de l'alcohol als estudiants i, en última instància, prevenir el consum de begudes alcohòliques entre els menors d'edat (Babor [et al.], 2003).

Prohibició: política que prohibeix el cultiu, la producció i/o la comercialització (i, en alguns casos, el consum) d'una droga psicoactiva (tot i que la comercialització farmacèutica sol estar permesa). El terme s'aplica especialment a l'alcohol i, en concret, amb relació al període de prohibició nacional de la venda d'alcohol als EUA entre 1919 i 1933 (Llei seca) i a altres països entre les dues guerres mundials (Organització Mundial de la Salut, 2005).

Prohibició de publicitat: prohibició legal total o parcial de la publicitat de begudes alcohòliques. Les prohibicions parcials poden estar relacionades amb un tipus de beguda alcohòlica o un tipus de mitjà, o bé poden limitar l'emissió d'anuncis d'aquests productes a certes hores del dia (Babor [et al.], 2003).

Prohibició total de la venda: llei o normativa que converteix en il·legal la venda de tots els tipus o d'un tipus específic de beguda alcohòlica (Babor [et al.], 2003).

Racionament: venda de begudes alcohòliques limitada a una quantitat determinada per persona (normalment, establerta per les autoritats administratives). L'exemple més notable de racionament com a mesura per dissuadir el consum inadequat d'alcohol és el sistema Bratt, una forma de control legal de la disponibilitat de l'alcohol que es va aplicar a Suècia entre els anys 1917 i 1955 (Babor [et al.], 2003).

Reducció de l'oferta: aquest terme fa referència explícita a les polítiques destinades a reduir o prevenir la producció i la distribució d'alcohol (Hvalkof i Anderson, 1995).

Reducció dels danys: en el context de l'alcohol o altres drogues, aquest terme descriu les polítiques o els programes destinats a reduir els danys causats pel consum d'alcohol o drogues. S'utilitza especialment per fer referència als programes que pretenen reduir els danys sense incidir necessàriament en el consum de drogues que els causa. Alguns exemples són l'intercanvi d'agulles o xeringues per evitar que els consumidors d'heroïna comparteixin les agulles, o els coixins de seguretat autoinflables per reduir les lesions als accidents automobilístics, especialment els produïts sota els efectes de l'alcohol. Les estratègies de reducció de danys, doncs, cobreixen un ventall més ampli d'accions que la dicotomia de reducció de l'oferta i la demanda (Organització Mundial de la Salut, 2005).

Relació dosi-resposta: aquest terme fa referència explícita a la relació entre el consum d'alcohol i un ampli ventall de conseqüències positives i negatives per a la persona i la societat, incloses malalties físiques, accidents, violència i mortalitat (Last, 2001; modificat).

Responsabilitat: resultat del procés que garanteix que els òrgans decisoris a tots els nivells compleixen realment les seves obligacions i són responsables de les seves accions. Mitjançant el procés que consisteix a establir

objectius i metes explícits en matèria de salut i definir els mitjans per al seguiment dels progressos per assolir aquests objectius i metes, s'han afavorit els esforços per aconseguir més responsabilitat amb la divulgació pública o *transparència* (Organització Mundial de la Salut, 1998).

Responsabilitat de les persones que serveixen begudes alcohòliques: aquest terme implica fer responsables legalment les persones que serveixin begudes alcohòliques davant els danys que puguin comportar (Hvalkof i Anderson, 1995).

Resultat: en l'àmbit sanitari, fa referència al resultat o la influència de les mesures polítiques o les intervencions sanitàries pel que fa als canvis en l'estat de salut o el comportament en matèria de salut (Organització Mundial de la Salut, 1998).

Salut: (1) Estat de salut de complet benestar físic, mental i social, i no només l'absència de malaltia o infermetat. (2) Reducció en mortalitat, morbiditat i invalidesa a causa d'una malaltia o trastorn identificables i augment en el nivell de vida perceptible. La primera definició, que s'inclou a la Constitució de l'OMS, expressa un ideal, que hauria de ser l'objectiu de qualsevol activitat per fomentar la salut. No obstant això, no es presta a un mesurament objectiu i, per tant, en l'àmbit laboral és necessari emprar una definició més restringida. La segona definició se sol utilitzar amb aquest propòsit (per exemple, a les estadístiques sanitàries) (Organització Mundial de la Salut, 1998).

Salut pública: ciència i art de prevenir les malalties, prolongar la vida i fomentar la salut i l'eficiència mentals i físiques mitjançant esforços col·lectius organitzats. Podem considerar la salut pública com les estructures i els processos pels quals s'entén, es protegeix i es fomenta la salut de les poblacions, mitjançant els esforços organitzats de la societat (Last, 2001; modificat).

Sector sanitari: el sector sanitari són els serveis sanitaris públics i privats organitzats (inclosos el foment de la salut, la prevenció de les malalties, les diagnòsics, el tractament i els serveis d'atenció mèdica), les polítiques i activitats dels departaments i ministeris de sanitat, i les organitzacions no governamentals, els grups col·lectius i les associacions professionals relacionats amb la salut (Organització Mundial de la Salut, 1998).

Servei de begudes responsables: programa educatiu que ofereix formació als caps dels negocis de distribució i servidors d'alcohol o venedors per evitar vendre alcohol de manera il·legal a persones amb patrons d'intoxicació o menors d'edat (Babor [et al.], 2003).

Servei sanitari: qualsevol servei que pugui contribuir a millorar la salut o la diagnòsi, el tractament i la rehabilitació de persones malaltes, que no es limita necessàriament als serveis d'atenció mèdica o sanitària. A més, és un sistema formalment organitzat d'institucions i organitzacions establertes amb l'objectiu múltiple de fer front a diverses necessitats i demandes sanitàries de la població (Organització Mundial de la Salut, 1998).

Sistema de racionament Bratt: sistema de control del consum de licors (el nom del qual prové d'un metge suec) que es va incorporar a la legislació sueca l'any 1917 amb la intenció de dissuadir el consum inadequat de licors establint racions d'alcohol individuals per als ciutadans adults. El sistema es va abolir l'any 1955 (Babor [et al.], 2003).

Sistema sanitari: estructura formal per a una població definida, amb un finançament, gestió, àmbit i contingut definits per lleis i normatives, que proporciona serveis a les persones per tal de millorar la seva salut i atenció sanitària. Aquests serveis s'ofereixen en emplaçaments determinats, com les llars, institucions educatives, llocs de treball, llocs públics, comunitats, hospitals i clíniques, i poden influenciar l'entorn físic i psicosocial (Organització Mundial de la Salut, 1998).

Societat civil: nom col·lectiu que reben tots els tipus d'organitzacions i associacions que no formen part del govern però que representen professions, grups d'interès o parts de la societat. Inclou, per exemple, els sindicats, les associacions de treballadors, els grups de pressió ecologistes i els grups que representen les dones, els grangers, les persones amb discapacitats, etc. Aquestes organitzacions tenen una gran experiència en alguns àmbits concrets i estan implicats en la implementació i el seguiment de les polítiques de la Unió Europea. Per aquest motiu, la UE consulta la societat civil amb freqüència i pretén que participi més activament en el procés legislatiu europeu (Comissió Europea, 2005).

Subsidiarietat: el «principi de subsidiarietat» significa que les decisions de la Unió Europea s'han d'apropar tant com sigui possible als ciutadans. És a dir, que la Unió no emprèn accions (excepte en assumptes per als quals és l'únic responsable) llevat que l'acció de la UE sigui més efectiva que l'acció duta a terme a escala nacional, regional o local (Comissió Europea, 2005).

Suspensió administrativa del permís de conduir: el permís de conduir se suspèn administrativament, sense un procés judicial, en cas que el seu propietari condueixi sota els efectes de l'alcohol (Babor [et al.], 2003).

Taxa d'alcoholèmia: concentració d'alcohol present a la sang, en alguns casos, anomenat índex d'alcoholèmia (Organització Mundial de la Salut, 2005).

Temprança: terme que s'utilitza de diverses maneres respecte a l'alcohol i altres drogues. En el seu origen, definia un compromís per moderar els hàbits personals de consum d'alcohol (per exemple, abstenint-se de beure licors), però després de la dècada de 1840, va passar a significar el compromís personal de l'abstinència total (compromís de temprança). Després de la dècada de 1850, implicava, normalment, el compromís amb un control local, nacional o mundial sobre l'alcohol, amb l'objectiu d'una eventual prohibició de venda de begudes alcohòliques (prohibicionisme) (Organització Mundial de la Salut, 2005).

Trastorn associat al consum de substàncies psicoactives: terme genèric que s'empra per definir les afeccions mentals, físiques i conductuals de rellevància clínica relacionades amb el consum de substàncies psicoactives. El terme complet de l'ICD-10 és *trastorns mentals i conductuals causats pel consum de substàncies psicoactives*, amb els codis F10-F19. El tercer caràcter del codi determina la classe de substància consumida. Els trastorns inclouen la intoxicació aguda, el consum perjudicial, la síndrome de dependència, la síndrome d'abstinència (amb deliris i sense), els trastorns psicòtics i la síndrome amnèsica (Organització Mundial de la Salut, 1992).

Trastorns relacionats amb el consum d'alcohol: versió escurçada del terme utilitzat a l'ICD-10, *trastorns mentals i conductuals relacionats amb el consum d'alcohol*. El terme inclou la intoxicació aguda (F1x.0), el consum perjudicial d'alcohol (F1x.1), la síndrome de dependència (F1x.2), l'estat d'abstinència (F1x.3), l'estat d'abstinència amb deliri (F1x.4), el trastorn psicòtic (F1x.5) i la síndrome amnèsica (F1x.6) (Organització Mundial de la Salut, 1992).

Unitat de beguda estàndard: volum de beguda alcohòlica (per exemple, un got de vi, una llauna de cervesa o un combinat amb licor destil·lat) que conté, aproximadament, la mateixa quantitat (en grams) d'etanol, independentment del tipus de beguda de què es tracti (Organització Mundial de la Salut, 2005).

Fonts

Babor, T. F., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., Grube, J. W., Gruenewald, P. J., Hill, L., Holder, H. D., Homel R., Österberg, E., Rehm, J., Room, R. i Rossow, I. (2003). Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and Public Policy. Oxford, Oxford Medical Publication, Oxford University Press.

Comissió Europea (2005). Eurojargon. http://ec.europa.eu/abc/eurojargon/index_en.htm

Hvalkof, S. i Anderson, P. (1995). Terminology for alcohol policy. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

Last, J. (2001). A dictionary of epidemiology. (Fourth edition ed.) Oxford: Oxford University Press.

Organització Mundial de la Salut (1992). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: World Health Organization.

Organització Mundial de la Salut (1998). Health 21 – health for all in the 21st century. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Organització Mundial de la Salut (2005). Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/.

